

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE
HEMORAGIC DENGAN PENERAPAN MOBILISASI
PROGRESIF LEVEL SATU DI RUANG ICU
RSUD DR.H.MOCH ANSARI SALEH
BANJARMASIN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Oleh :

SAPTUJI SAPUTRA,S.KEP

NPM. 2314901110058

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
BANJARMASIN,2024**

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE
HEMORAGIC DENGAN PENERAPAN MOBILISASI
PROGRESIF LEVEL SATU DI RUANG ICU
RSUD DR.H.MOCH. ANSARI SALEH
BANJARMASIN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Oleh :

SAPTUJI SAPUTRA,S.KEP

NPM. 2314901110058

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
BANJARMASIN,2024**

LEMBAR PENGESAHAN



PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

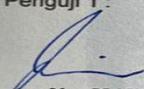
Judul

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE
HEMORAGIC DENGAN PENERAPAN MOBILISASI
PROGRESIF LEVEL SATU DI RUANG ICU
RSUD DR.H.MOCH ANSARI SALEH
BANJARMASIN**

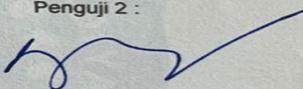
Dipersiapkan dan disusun oleh
Saptuji Saputra, S.Kep
Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal : **11 Juni 2024**

Susunan Dewan Penguji:

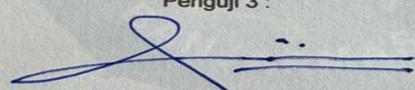
Penguji 1 :


Julianto, Ns, M.Kep
NIK. 01 06071985 089 012 012

Penguji 2 :


Yustan Azidin, Ns., M.Kep
NIK. 01 30091979 022 004 003

Penguji 3 :

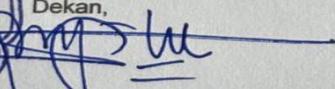

Novia Heriani, Ns., M.Kep
NIK. 01 06111988 092 012 012

Pengesahan Karya Ilmiah Akhir Profesi ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
Untuk memperoleh gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

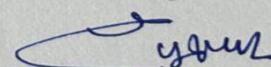
Banjarmasin, 25 Juni 2024

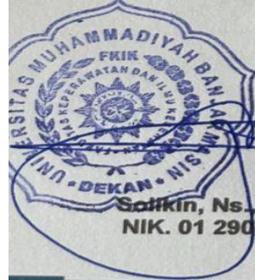
Mengetahui,

Dekan,


Solikin, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIK. 01 29071979 018 003 002

Ketua Program Studi,


Evy Noorhasanah, S.Kep.,Ns.,M.Imun
NIK. 01 02051983 030 008 005



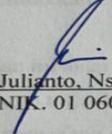
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

PERSETUJUAN PEMBIMBING

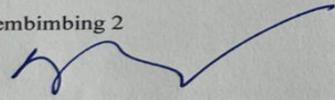
Karya ilmiah akhir profesi ners ini berjudul Analisis Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Hemoragic Dengan Penerapan Mobilisasi Progresif level Satu di Ruang ICU RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin yang dibuat oleh Saptuji Saputra, S.Kep. NPM 2314901110058, telah mendapatkan persetujuan dari para pembimbing untuk diujikan pada Ujian Sidang Karya Ilmiah Akhir Program Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin.

Banjarmasin, 28 Mei 2024

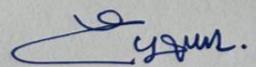
Pembimbing 1


Julianto, Ns.,M.Kep
NIK. 01 06071985 089 012 012

Pembimbing 2


Yustan Azidin, Ns.,M.Kep
NIK.01 30071979 022 004 003

Mengetahui,
Katua Program Studi Profesi Ners


Evy Noorhasanah, S.Kep.,Ns,M.Imun
NIK.01 02051983 030 008 005

PERNYATAAN ORISINALITAS

PERNYATAAN ORSINALITAS

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Saptuji Saputra,S.kep

NPM : 2314901110058

Prodi : Profesi Ners

Judul KIAN : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Klien Setroke Hemoragic Dengan Penerapan Mobilisasi Progresif di Ruang ICU RSUD dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah akhir program profesi ners ini merupakan hasil karya cipta saya sendiri dan bukan plagiat, begitu pula hal yang terkait pembuatan di dalamnya baik mengenai isinya, sumber yang dikutip/dirujuk, maupun teknik di dalam pembuatan dan penyusunan karya ilmiah akhir program profesi ners ini.

Pernyataan ini akan saya pertanggung jawabkan sepenuhnya, apabila di kemudian hari terbukti bahwa karya tulis ilmiah ini bukan hasil karya cipta saya atau plagiat atau jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan Undang-Undang yang berlaku.

Dibuat di : Banjarmasin

Pada tanggal : 28 Mei 2024

Saya yang menyatakan,



Saptuji Saputra,S.kep

KATA PENGANTAR

Segala puji hanyalah milik Allah SWT, atas segala limpahan kasih sayang-Nya. Shalawat serta salam mudah-mudahan senantiasa tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW. Alhamdulillahirobbil 'alamin Puji dan Syukur kehadiran Allah SWT, atas anugerah dan petunjuk yang diberikan. Karena izin Allah penulis dapat menyusun Karya Ilmiah Akhir Program Profesi Ners ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Hemoragic Dengan Penerapan Mobilisasi Progresif level satu di Ruang ICU RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin”.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Program Profesi Ners ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun agar pelaksanaan penelitian ini nantinya menjadi lebih baik dan dapat bermanfaat. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Solikin, Ns.,M.Kep.,SP.Kep.,MB selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin beserta para Wakil Dekan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengenyam Pendidikan di Program Studi Profesi Ners.
2. Ibu Evy Noorhasanah, Ns., M. Imun selaku Kepala Program Studi Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Banjarmasin yang telah memfasilitasi jalannya karya ilmiah akhir profesi ners ini.
3. Bapak Julianto, Ns.,M.Kep selaku pembimbing utama sekaligus penguji 1, yang telah memberikan arahan, bimbingan, saran dan masukan sehingga penulis dapat melaksanakan seminar karya ilmiah akhir profesi ners ini.
4. Bapak Yustan Azidin, Ns.,M.Kep selaku pembimbing pendamping sekaligus penguji 2 yang telah memberikan bimbingan, saran dan masukan selama penulisan karya ilmiah akhir profesi ners ini.
5. Ibu Novia Heriani, Ns.,M.Kep selaku penguji 3 yang telah memberi bimbingan, saran dan masukan selama penulisan karya ilmiah akhir profesi ners ini.
6. Karyawan RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin, terimakasih atas izin, dukungan dan bantuan yang diberikan dalam pencarian data di karya ilmiah akhir profesi ners ini.
7. Responden dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi dan meluangkan waktu untuk terlibat dalam karya ilmiah akhir profesi ners ini.
8. Civitas akademika dan teman-teman Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Banjarmasin, yang selalu berbagi pengetahuan dan motivasi.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya ilmiah akhir profesi ners ini, saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Banjarmasin, Mei 2024
Penulis

Saptuji Saputra,S.Kep

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Saptuji Saputra,S.Kep
NPM : 2314901110058
Prodi : Profesi Ners
Jenis Karya : KIAN

Sebagai civitas akademik Universitas Muhammadiyah Banjarmasin Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan, yang turut serta mendukung pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Banjarmasin Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan. **Hak Bebas Royalti** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Analisis Asuhan Keperawatan Pada Klien Setroke Hemoragic Dengan Penerapan Mobilisasi Progresif di Ruang ICU RSUD dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin”.

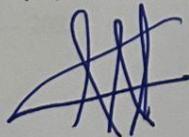
Dengan adanya Hak Bebas Royalti ini maka, Universitas Muhammadiyah Banjarmasin Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan mempunyai kebebasan secara penuh untuk menyimpan, melakukan *editing*, mengalihkan ke format/media yang berbeda, melakukakn kelolaan berupa *database*, serta melakukakn publikasi tugas akhir saya ini dengan pertimbangan dengan tetap mencantumkan nama penulis/pencipta dengan sebagai pemilik Hak Cipta dengan segala perangkat yang ada (bila diperlukan).

Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Banjarmasin

Pada Tanggal : 28 Mei 2024

Saya yang menyatakan,



Saptuji Saputra,S.Kep

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE
HEMORAGIC DENGAN PENERAPAN MOBILISASI
PROGRESIF LEVEL SATU DI RUANG ICU
RSUD DR.H.MOCH ANSARI SALEH
BANJARMASIN**

Saptuji Saputra*, Julianto**, Yustan Azidin***
Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin
saptujisaputra@gmail.com

ABSTRAK

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di negara industri setelah penyakit arteri koroner (13%) dan kanker (12%). Prevalensi stroke bervariasi di berbagai belahan dunia. Tujuan penelitian ini untuk menggambarkan analisis asuhan keperawatan pada klien dengan stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin. Penelitian ini menggunakan desain penelitian metode studi kasus. Subjek pada penelitian ini adalah satu orang klien penderita stroke hemoragic di ruang ICU RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin. Pengumpulan data menggunakan instrument wawancara dan observasi yang meliputi status hemodinamik : GCS, tekanan darah, MAP, nadi, suhu, RR, SPO₂ dan CRT, serta SOP mobilisasi progresif. Hasil dari penelitian ini yaitu terjadinya peningkatan status hemodinamik (GCS, tekanan darah, MAP, nadi, suhu, RR, SPO₂ dan CRT) setelah dilakukannya intervensi selama tiga hari dalam waktu 15 – 20 menit. Oleh karena itu, pentingnya peran perawat di Ruang ICU dalam melakukan pemantauan status hemodinamik secara berkala dan untuk menerapkan tindakan mobilisasi progresif level satu pada klien yang mengalami penurunan kesadaran dan status hemodinamik.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Mobilisasi Progresif, Stroke Hemoragic

Daftar Rujukan: 34 (2018 – 2023)

**ANALYSIS OF NURSING CARE IN STROKE HEMORAGIC
CLIENTS WITH THE APPLICATION OF PROGRESSIVE
MOBILIZATION LEVEL ONE IN THE ICU ROOM OF
DR.H.MOCH ANSARI SALEH HOSPITAL
BANJARMASIN**

Saptuji Saputra*, Julianto**, Yuztan Azidin***
Ners Professional Study Program
Faculty of Nursing and Health Sciences
University of Muhammadiyah Banjarmasin
saptujisaputra@gmail.com

ABSTRACT

Stroke is the third cause of death in industrialized countries after coronary artery disease (13%) and cancer (12%). The prevalence of stroke varies in different parts of the world. The aim of this research is to describe an analysis of nursing care for clients with hemorrhagic strokes who experience decreased hemodynamic status in the Intensive Care Unit (ICU) of Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin Regional Hospital. This research uses a case study method research design. The subject of this study was a client suffering from hemorrhagic stroke in the ICU room at Dr.H.Moch Ansari Saleh Hospital, Banjarmasin. Data collection uses interview and observation instruments which include hemodynamic status: GCS, blood pressure, MAP, pulse, temperature, RR, SPO2 and CRT, as well as progressive mobilization SOP. The results of this study were an increase in hemodynamic status (GCS, blood pressure, MAP, pulse, temperature, RR, SPO2 and CRT) after intervention for three days within 15 - 20 minutes. Therefore, the role of nurses in the ICU is important in monitoring hemodynamic status periodically and implementing progressive mobilization measures for clients who experience decreased consciousness and hemodynamic status.

Keywords: Nursing Care, Progressive Mobilization, Stroke Hemoragic

Referral List: 34 (2018 – 2023)

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS	v
KATA PENGANTAR	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat	6
1.5 Penelitian Terkait	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Konsep Sistem Saraf	11
2.2 Konsep Stroke Hemoragic	15
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Hemoragic	24
2.4 Konsep Status Hemodinamik	34
2.5 Konsep Terapi Mobilisasi Progresif	38
2.6 Analisis Jurnal	44
BAB 3 METODE PENELITIAN	48

3.1	Desain KIAN	48
3.2	Fokus Studi.....	48
3.3	Definisi Operasional	48
3.4	Subjek Studi Kasus KIAN	49
3.5	Tempat dan Waktu Pelaksanaan Studi Kasus	49
3.6	Instrumen Studi Kasus	50
3.7	Teknik pengumpulan Data	52
3.8	Langkah Pengumpulan Data	53
3.9	Etika Penelitian.....	54
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		56
4.1	Hasil Studi Kasus.....	56
4.2	Pembahasan.....	80
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN		92
5.1	Kesimpulan.....	92
5.2	Saran	93
DAFTAR PUSTAKA		95
LAMPIRAN		86

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Standar Prosedur Operasional Mobilisasi Progresif Level 1	51
Tabel 4.1 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Pertama Pukul 11.00 WITA.....	73
Tabel 4.2 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Pertama Pukul 13.45 WITA.....	74
Tabel 4.3 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Kedua Pukul 16.00 WITA	75
Tabel 4.4 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Kedua Pukul 19.25 WITA	76
Tabel 4.5 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Ketiga Pukul 09.00 WITA	77
Tabel 4.6 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Ketiga Pukul 11.25 WITA	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian dan Informed Consent	99
Lampiran 2 Format SOP Mobilisasi Progresif	137
Lampiran 3 Lembar Konsultasi	141
Lampiran 4 Proses Tindakan	143

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) menjadi ruangan khusus dari rumah sakit yang dikhususkan untuk merawat klien dengan kondisi yang memerlukan pengawasan yang ketat dan peralatan medis khusus yang digunakan untuk menunjang proses pengobatan dan pemulihan kondisi klien. Sebagian besar kasus yang terjadi pada klien di ruang ICU yaitu pada klien dengan penurunan kesadaran hingga kondisi gagal napas, dimana klien dalam kondisi kritis dan klien terminal.

Penurunan kesadaran dapat terjadi sebagai gambaran dari kondisi pada sebagian besar klien kritis di ruang ICU (Sianturi, Janes P & Hariyono, 2022). Klien yang mengalami penurunan kesadaran dapat mengindikasikan keparahan penyakit yang dideritanya atau kondisinya. Salah satu kondisi yang dapat mengakibatkan penurunan kesadaran pada klien yaitu adanya infeksi pada bagian tubuh yang disertai dengan gejala lain.

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di negara industri setelah penyakit arteri koroner (13%) dan kanker (12%). Prevalensi stroke bervariasi di berbagai belahan dunia (Mutiarasari, 2019). Jumlah orang yang menderita stroke di seluruh dunia meningkat setiap tahunnya, dengan satu dari empat orang mengalami stroke dalam hidup mereka. Data dari *World Stroke Organization* menunjukkan terdapat 13,7 juta kasus stroke baru dan 5,5 juta kematian setiap tahunnya (Organization, 2021).

Prevalensi stroke yang didiagnosis dokter di Indonesia tahun 2018 pada penduduk usia ≥ 15 tahun (10,9%), atau diperkirakan 2.120.362 orang (Kemenkes RI, 2019). Dan Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis nakes dan

gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), diikuti Daerah Istimewa Yogyakarta (16,9%). Prevalensi penyakit stroke tertinggi di Indonesia yaitu Sulawesi Selatan berdasarkan gejala dan diagnosis oleh tenaga kesehatan pada tahun 2007 sebesar 7,4% dan terjadi peningkatan drastis pada tahun 2013 yaitu 17,9% RISKESDAS 2013 dalam (Ghina Syafira Yulianti Syam., 2023).

Tanda atau gejala klinis yang biasa adalah defisit neurologis vokal yang muncul tiba-tiba. Kehilangan kesadaran, muntah, sakit kepala, kejang, dan tekanan darah yang sangat tinggi dapat mengindikasikan stroke hemoragik. Sakit kepala adalah gejala awal yang paling umum pada klien, seiring dengan perluasan hematoma, menyebabkan peningkatan TIK dan massa otak. Gejala lain yang mungkin terjadi antara lain kekakuan leher yang disebabkan oleh perdarahan di thalamus, caudate, dan cerebellum (Setiawan, 2020).

Klien stroke yang menderita kondisi gawat darurat memerlukan pemantauan status hemodinamik, seperti pemantauan kebugaran fungsi kardiovaskular. Hasil pengukuran hemodinamik ini dapat digunakan untuk menilai kondisi klien secepat mungkin sehingga caregiver dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk klien. (Astuti et al., 2022). Salah satu intervensi yang dapat menstabilkan hemodinamik adalah mobilisasi progresif Level I, dimana intervensi ini terbukti memberikan hasil yang sangat baik dalam meningkatkan status klinis klien stroke dan klien sakit kritis yang dirawat di *Intensif Care Unit* (ICU).

Dalam kondisi normal, hemodinamik akan selalu dipertahankan pada batas atau dalam kondisi yang normal. Namun, pada klien kritis, mekanisme control tidak dapat melakukan fungsinya secara normal sehingga status hemodinamik akan berubah dengan cepat, menjadi tidak stabil, termasuk terjadinya penurunan status hemodinamik (Muftilov, Kestriani & Pradian, 2020).

Klien yang mengalami *bed rest* yang lama akibat stroke hemoragik dan penurunan kesadaran di ruang ICU memerlukan pemantauan yang ketat. Pemantauan hemodinamika perlu diperhatikan, pemantauan tersebut merupakan suatu teknik pengkajian pada klien kritis, mengetahui kondisi perkembangan klien, serta sebagai bentuk antisipasi terhadap kondisi klien yang memburuk.

Dasar dari pemantauan hemodinamika adalah perfusi jaringan yang adekuat, seperti keseimbangan antara pasokan oksigen dengan yang dibutuhkan, mempertahankan nutrisi, suhu tubuh dan keseimbangan elektrokimiawi sehingga manifestasi klinis dari gangguan hemodinamika berupa gangguan fungsi organ tubuh yang bila tidak ditangani secara cepat dan tepat akan jatuh ke dalam gagal fungsi organ multiple. Pemantauan tersebut beberapanya ialah berupa pengukuran tekanan darah, MAP, saturasi oksigen dan nadi (Lestari, Agustin & Suparmanto, 2020).

Penurunan hemodinamik yang terjadi pada klien dapat terjadi karena darah yang dipompa oleh jantung ke berbagai bagian tubuh berkurang atau terhambat alirannya sehingga perlunya pergerakan atau mobilisasi sebagai salah satu bentuk intervensi bagi perawat untuk meminimalisir masalah tersebut. Mobilisasi dapat menyebabkan jantung berdetak lebih cepat dan meningkatkan sirkulasi pembuluh darah dalam tubuh dan tekanan darah menjadi meningkat.

American Association of Critical Care Nurses (AACN) memperkenalkan intervensi mobilisasi progresif yang terdiri dari 5 level: *Head of Bed (HBO)*, latihan *Range of Motion (ROM)* pasif dan aktif, terapi lanjutan rotasi lateral, posisi tengkurap, pergerakan melawan gravitasi, posisi duduk, posisi kaki menggantung, berdiri dan berjalan. *Continus Lateral Rotation Therapy (CLRT)* dan *Head Of Bed (HOB)*, yaitu memposisikan klien setengah duduk 30° dan miring kanan dan kiri 30°. Mobilisasi progresif yang diberikan kepada

klien diharapkan dapat mengurangi resiko dekubitus dan menimbulkan respon hemodinamik yang baik (Simanjutak, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian dari Ani Astuti, Rasyidah AZ dan Satria Akbar Wibowo (2022) menyatakan bahwa klien pada klien penurunan kesadaran apabila dibiarkan dengan posisi yang sama dalam waktu yang lama maka akan menyebabkan klien mengalami penurunan fungsi tubuh, sehingga status hemodinamik cenderung akan menurun dan membuat klien menjadi semakin kesulitan untuk menyesuaikan perubahan posisi. Mobilisasi dapat membantu klien beradaptasi dengan setiap perubahan posisi, sehingga hemodinamik tetap dalam kondisi stabil.

Hasil penelitian dari Dina Aryanti (2020) menyatakan bahwa klien yang mengalami tirah baring dalam jangka waktu yang lama dapat mengakibatkan berbagai dampak negatif diantaranya penurunan kemampuan mandiri dan ketidakstabilan hemodinamik. Mobilisasi progresif efektif terhadap perubahan status fungsional dan hemodinamik pada klien tirah barih di ICU.

Hasil penelitian dari Wahyu Rima Agustin, Gatot Suparmanto dan Wahyuningsih Safitri (2020) menyatakan bahwa klien dengan fase kritis dengan satu atau lebih gangguan fungsi sistem organ vital manusia yang dapat mengancam kehidupan serta memiliki morbiditas dan mortalitas tinggi, sehingga membutuhkan suatu penanganan khusus dan pemantauan secara intensif. Salah satu intervensi yang dapat diberikan oleh perawat di Ruang ICU yaitu berupa perubahan posisi klien dilakukan tiap 2 jam.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Retmo Jayanti H. H. (2018) yang menyatakan bahwa klien dalam keadaan penurunan kesadaran di ruang intensif tidak bisa melakukan gerakan secara mandiri. Keadaan *bed rest* atau imobilisasi mengakibatkan perubahan pada sistem kardiovaskular. Menjaga status hemodinamik menjadi penting dalam memberikan mobilisasi progresif

level I dengan tujuan untuk memaksimalkan ventilasi, difusi, perfusi aliran darah dan oksigen ke seluruh tubuh.

Berdasarkan pemaparan dari penjelasan di atas, penulis tertarik untuk menggambarkan asuhan keperawatan mengenai terapi mobilisasi progresif level satu pada klien dengan *stroke Hemoragic* yang mengalami penurunan status hemodinamik di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran analisis asuhan keperawatan pada klien dengan stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan analisis asuhan keperawatan pada klien dengan stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

1.3.2 Tujuan Khusus

Studi kasus bertujuan untuk :

1.3.2.1 Menggambarkan pengkajian keperawatan terhadap status hemodinamik klien secara komprehensif pada klien dengan stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

1.3.2.2 Menggambarkan diagnosa keperawatan terhadap status hemodinamik klien secara komprehensif pada klien dengan stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

- 1.3.2.3 Menggambarkan perencanaan terapi secara komprehensif pada klien dengan stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.
- 1.3.2.4 Menggambarkan implementasi terapi secara komprehensif pada klien dengan stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.
- 1.3.2.5 Menggambarkan evaluasi terapi secara komprehensif pada klien stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Penulis

Memperluas pengetahuan mengenai asuhan keperawatan terhadap peningkatan status hemodinamik klien stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik dengan penerapan mobilisasi progresif level satu.

1.4.2 Bagi Keluarga

Memberikan pengetahuan lebih dan memahami lebih dalam tentang asuhan keperawatan terapi mobilisasi progresif level satu pada klien stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik untuk meningkatkan status hemodinamik klien.

1.4.3 Bagi Ruang ICU

Memberikan informasi pada perawat di ruangan agar dapat melakukan tindakan mobilisasi progresif sebagai tindakan keperawatan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran dan dengan tirah baring yang lama

untuk meningkatkan status hemodinamik klien, dengan memperhatikan kontraindikasinya.

1.4.4 Bagi Rumah Sakit

Menambah informasi pada tenaga kesehatan, khususnya perawat berupa gambaran asuhan keperawatan penerapan mobilisasi progresif pada klien stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik untuk meningkatkan status hemodinamik klien, dengan menyertakan intervensi intervensi rekomendasi berdasarkan jurnal penelitian (*evidence based nursing practice*).

1.5 Penelitian Terkait

1.5.1 Mobilisasi Progresif Level I Menstabilkan Tekanan Darah dan Saturasi Oksigen Klien Stroke oleh Ani Astuti, Rasyidah AZ dan Satria Akbar Wibowo (2022)

Metode penelitian ini adalah pre eksperimen dengan desain pre tes and post tes one group design, dimana peneliti memberikan intervensi kemudian dilakukan observasi sebelum dan sesudah intervensi.

Penelitian ini telah dilakukan di Ruang Neurologi Rumah Sakit Raden Mataher Jambi Kota Jambi pada 02 Februari s.d 30 April 2022. Populasi dalam penelitian ini adalah klien stroke yang menjalani perawatan di ruangan neurologi berjumlah 78 orang. Penghitungan sampel dengan menggunakan rumus besar sampel analitik numerik berpasangan, jumlah sampel 44 responden dengan kriteria inklusi usia > 18 tahun, tekanan sistolik berkisar 100-180 mmHg, hari ke 2 perawatan, dan dengan kriteria eksklusi klien yang mengalami peningkatan tekanan darah mendadak sistolik > 200 mmHg dan diastole > 100 mmHg, mati batang otak (MBO), dan klien yang mengalami perburukan kondisi stroke.

Data menunjukkan bahwa dari 37 responden sebelum dilakukan intervensi tekanan darah $>160/100$ mmHg (84,1%) sedangkan setelah dilakukan intervensi tekanan darah berada pada $140/90$ s/d $159/99$ mmHg sebanyak 22 responden (50%). Data menunjukkan bahwa ada pengaruh progresif mobilisasi level I pada tekanan darah dengan P-value 0,000. Pengaruh progresif mobilisasi level I terhadap saturasi oksigen dari (95%) 90-95% menjadi 95-100% (97%). Data menunjukkan bahwa ada pengaruh progresif level I terhadap saturasi oksigen dengan P-value 0,000.

1.5.2 Efektivitas Mobilisasi Progresif Terhadap Status Fungsional dan Hemodinamik pada Klien Tirah Baring di ICU RSUD Mitra Medika Medan oleh Dina Aryanti (2020)

Desain penelitian menggunakan metode *randomized control trial* dengan pendekatan pengukuran berulang. Jumlah responden dalam penelitian ini berjumlah 70 orang responden dengan menggunakan simple random sampling untuk membagi masing-masing 35 responden sebagai kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Penilaian status fungsional menggunakan lembar Barthel Index dan lembar observasi ICU untuk menilai hemodinamik.

Hasil statistik Friedman menunjukkan terdapat perubahan yang signifikan terhadap status fungsional dan hemodinamik klien setelah dilakukan intervensi dengan nilai ($p < 0,05$) dan hasil statistik Mann-Whitney berulang dengan koreksi menunjukkan bahwa terdapat perubahan terhadap status fungsional dan hemodinamik setelah dilakukan mobilisasi progresif dengan nilai ($p < 0,05$).

1.5.3 Pengaruh Mobilisasi Progresif Terhadap Status Hemodinamik pada Klien Kritis di Intensive Care Unit oleh Wahyu Rima Agustin, Gatot Suparmanto dan Wahyuningsih Safitri (2020)

Jenis penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif dengan desain quasi experiment. Rancangan penelitian yang digunakan adalah one-group pretest-posttest design. Didalam desain ini observasi dilakukan sebanyak 2 (dua) kali yaitu sebelum dan sesudah intervensi pada satu kelompok perlakuan.

Ada perbedaan yang bermakna antara Heart Rate (HR), Respiratory Rate (RR), saturasi oksigen (SaO₂) tekanan darah dan Mean Arterial Pressure (MAP) sebelum dan sesudah pemberian mobilisasi progresif (p value $0,000 \leq 0,05$) berarti mobilisasi progresif mempengaruhi status hemodinamik pada klien kritis di RSUD Karanganyar. Nilai t negatif menunjukkan bahwa Heart Rate (HR), Respiratory Rate (RR), saturasi oksigen (SaO₂), tekanan darah dan Mean Arterial Pressure (MAP) sebelum mobilisasi progresif lebih rendah dibandingkan setelah mobilisasi progresif. Heart Rate (HR) dengan nilai p value 0,000 ($p < 0,05$). Respiratory Rate (RR) dengan nilai p value = 0,000 ($p < 0,05$). Saturasi oksigen (SaO₂) dengan nilai p value = 0,000 ($p < 0,05$). Tekanan darah dengan nilai p value = 0,000 ($p < 0,05$). Mean Arterial Pressure (MAP) dengan nilai p value = 0,037 ($p < 0,05$).

1.5.4 Mobilisasi Progresif Level 1 Dapat Menstabilkan MAP dan SaO₂ Klien Penurunan Kesadaran oleh Retmo Jayanti H. H. (2018)

Klien dalam keadaan penurunan kesadaran di ruang intensif tidak bisa melakukan gerakan secara mandiri. Keadaan bedrest mengakibatkan perubahan pada sistem kardiovaskuler. Dalam 3 hari pertama terjadi penurunan volume plasma darah 8-10%. Hal ini berdampak pada penurunan stroke volume yang diikuti dengan meningkatnya kerja jantung. Menjaga status hemodinamik menjadi penting dengan memberikan mobilisasi progresif level 1 dengan tujuan memaksimalkan ventilasi, difusi, perfusi aliran darah dan oksigen ke seluruh tubuh.

Jenis penelitian ini adalah *pra eksperimental* dengan rancangan *pre-post test one group design*. Dilakukan pada 26 responden dengan teknik *non-probability sampling* yang memenuhi kriteria inklusi (klien yang dirawat di ICU dengan penurunan tingkat kesadaran dengan tanda-tanda vital berupa MAP 55-140 mmHg, tekanan sistolik berkisar 90-180 mmHg, saturasi oksigen berkisar 90%, klien yang mengalami imobilisasi, mampu dilakukan posisi kepala setinggi 30° dan tidak mengalami perdarahan aktif) dan eksklusi (klien dengan peningkatan Tekanan Tinggi Intrakranial (TTIK), klien dengan fraktur tulang belakang, klien dengan flail chest dan aritmia).

Untuk mengetahui pengaruh intervensi dilakukan uji *Dependent t-test* yang menunjukkan hasil bahwa ada pengaruh mobilisasi progresif level 1 terhadap kestabilan MAP dengan nilai p-value 0,001 ($< 0,05$) dan saturasi oksigen dengan nilai p-value 0,000 ($< 0,05$).

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sistem Saraf

2.1.1 Otak Besar (Cerebrum)

Serebrum merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Masing-masing disebut fosa kranialis anterior atas dan fosa kranialis media. Otak mempunyai dua permukaan atas dan bawah. Kedua permukaan ini dilapisi oleh lapisan kelabu yaitu pada bagian korteks serebral dan zat putih terdapat pada bagian dalam yang mengandung serabut saraf. Pada otak besar terdapat beberapalobus yaitu:

2.1.1.1 Lobus Frontal

bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di area brocca untuk kontrol motorik bicara.

2.1.1.2 Lobus Parietalis

daerah korteks yang terletak di belakang sulkus sentralis, di atas fisura lateralis dan meluas ke belakang fisura parietooksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.

2.1.1.3 Lobus Oksipitalis

lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak di sebelah posterior dari lobus parietalis dan di atas fisura-fisura parietooksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.

2.1.2 Batang Otak

2.1.2.1 Diensefalon

bagian otak paling atas terdapat di antara cerebellum dan mesensefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudutmenghadap ke samping. Fungsi dari diensefalon yaitu vasoktriktor, respiratori,

mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung. Mesencefalon, atau dari mesencefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.

2.1.2.2 Pons Varoli

brakium pontis yang menghubungkan mesencefalon dan pons varoli dengan serebellum, terletak di depan serebellum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu: penghubung antara kedua bagian serebellum dan pusat saraf nervus trigeminus.

2.1.2.3 Medulla Oblongata

merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu: mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, dan mengontrol kegiatan reflex.

2.1.3 Otak Kecil

Cerebellum atau otak kecil terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan di atas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut aferen sensorik, merupakan pusat koordinasi dan integrasi.

2.1.4 Sistem Limbik

Sistem limbik terletak di bagian otak tengah, membungkus batang otak ibarat kerah baju. Komponen limbik antara lain hipotalamus, thalamus, amigdala, hippocampus dan korteks limbik. Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostatis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolisme dan juga memori jangka panjang

2.2 Konsep Stroke Hemoragic

2.2.1 Definisi

Stroke hemoragik adalah stroke yang terjadi karena pembuluh darah di otak pecah, mengakibatkan iskemia dan hipoksia hilir. Di antara penyebab stroke hemoragik adalah: tekanan darah tinggi, pecahnya aneurisma, malformasi arteriovenosa. Biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau aktivitas fisik, tetapi juga bisa terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun (Batticaca, 2018).

Dapat disimpulkan bahwa stroke hemoragik adalah jenis stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak, sehingga darah tidak dapat mengalir dengan baik, sehingga terjadi hipoksia di otak dan mengakibatkan kelumpuhan berakhir.

2.2.2 Etiologi

Penyumbatan suplai darah ke otak pada stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya arteri yang memasok darah ke otak. Misalnya, tiba-tiba menyebabkan tekanan darah tinggi dan/atau penderitaan mental yang parah. Peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya seperti aktivitas, batuk, angkat berat, dll. Pecahnya pembuluh darah, biasanya karena arteri dengan dinding tipis berbentuk balon, disebut aneurisma, atau abrasi arteri akibat plak aterosklerotik. (Irwan, 2018).

2.2.3 Faktor Risiko

Terdapat beberapa klien penyakit infeksi yang dirawat di rumah sakit berisiko lebih tinggi mengalami kondisi ini. Selain hal-hal yang telah disebutkan di atas, ada faktor lain yang menyebabkan stroke (Irwan, 2018) diantaranya :

2.1.3.1 Faktor resiko medis

Faktor resiko medis yang memperburuk stroke adalah:

- 1) *Arteriosklerosis* (pengerasan pembuluh darah)

- 2) Adanya penyakit stroke dalam keluarga (faktor keturunan)
- 3) *Migraine* (sakit kepala unilateral)

2.1.3.2 Faktor resiko bagi pelaku

Stroke sendiri dapat terjadi karena faktor resiko penyebab. Para pelaku mengadopsi kebiasaan makan dan hidup yang tidak sehat. Ini bisa dilihat di:

- 1) merokok
- 2) Mengonsumsi minuman bersoda dan alkohol
- 3) Suka makan *fast food/junk food*
- 4) Kurang berolahraga Suasana hati yang

2.1.3.3 Faktor resiko yang dapat dimodifikasi

1. Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Tekanan darah tinggi adalah resiko stroke terbesar. Tekanan darah tinggi menyebabkan aliran darah yang buruk, yang menyebabkan pembuluh darah menyusut dan menurunkan aliran darah ke otak. Berkurangnya aliran darah ke otak menyebabkan kekurangan oksigen dan glukosa di otak, dan seiring berjalannya waktu jaringan otak akan mati.

2) Penyakit jantung

Penyakit jantung seperti serangan jantung dan infark miokard (kematian otot jantung) merupakan faktor terpenting terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah dalam tubuh. Jika pusat pengatur rusak, maka aliran darah dalam tubuh terganggu, termasuk aliran darah di otak. Gangguan aliran darah dapat menyebabkan kematian jaringan otak secara tiba-tiba atau bertahap.

3) Diabetes mellitus

Pembuluh darah penderita diabetes melitus seringkali lebih kaku atau kurang lentur. Ini dilakukan dengan naik atau

turunnya kadar gula darah secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan kematian otak.

4) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah suatu kondisi di mana kadar kolesterol dalam darah terlalu tinggi. Kelebihan LDL menyebabkan pembentukan plak di pembuluh darah. Kondisi seperti ini pada akhirnya mempengaruhi aliran darah, termasuk aliran darah ke otak.

5) Obesitas

Obesitas, atau kelebihan berat badan (*overweight*), merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Ini terkait dengan kadar kolesterol darah yang tinggi. Pada orang dengan obesitas, kadar LDL (*low-density lipoprotein*) seringkali lebih tinggi daripada kadar HDL (*high-density lipoprotein*). Menurut standar Indonesia, seseorang dianggap obesitas jika indeks massa tubuhnya melebihi 25 kg/m². Sebenarnya ada dua jenis obesitas atau kegemukan yaitu obesitas perut dan obesitas perifer. Obesitas perut didefinisikan sebagai ukuran pinggang lebih dari 102 cm pada pria dan 88 cm pada wanita.

6) Merokok

Menurut berbagai penelitian, diketahui bahwa perokok memiliki kadar fibrinogen yang lebih tinggi dalam darahnya dibandingkan bukan perokok. Peningkatan kadar fibrinogen mendorong pembuluh darah menebal, menyebabkan pembuluh darah menjadi lebih sempit dan kaku. Saat pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, aliran darah bisa terganggu.

2.1.3.4 Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi

1. Usia

Semakin tua usia Anda, semakin besar resiko stroke. Ini terkait dengan degenerasi alami (penuaan). Pada orang tua, pembuluh darah lebih kaku karena penumpukan plak yang berlebihan.

Penumpukan plak yang berlebihan menyebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh tubuh, termasuk otak.

2. Jenis kelamin

Pria cenderung memiliki resiko lebih tinggi menderita stroke dibandingkan dengan wanita. Hal ini terkait dengan fakta bahwa laki-laki cenderung merokok. Bahaya terbesar merokok adalah merusak pembuluh darah di dalam tubuh.

3. Riwayat keluarga

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

7) Perbedaan ras

Bukti terbaru menunjukkan bahwa stroke adalah sekitar dua kali lebih umum di antara penduduk Afro-Karibia dibandingkan penduduk non-Karibia. Ini dimungkinkan karena tekanan darah tinggi dan diabetes lebih umum di antara orang Afro-Karibia daripada orang Karibia non-Afrika. Hal ini juga dipengaruhi oleh faktor genetik dan faktor lingkungan.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut Batticaca (2018), Manifestasi klinis stroke tergantung pada sisi atau bagian yang terkena, kecepatan serangan, ukuran lesi, dan adanya sirkulasikolateral. Gejala klinis stroke hemoragik meliputi:

- a. Kelumpuhan tiba-tiba pada wajah atau ekstremitas (hemiparesis) atau hemiplegia (kelumpuhan).

Kelumpuhan terjadi akibat kerusakan area motorik pada korteks frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral, yaitu jika kerusakan terjadi pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot terjadi pada bagian kiri.

klien juga kehilangan kendali atas otot-otot rentan dan sensorik, membuatnya tidak dapat meregang atau menekuk.

b. Gangguan sensorik pada satu atau lebih ekstremitas

Gangguan sensorik diakibatkan oleh kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan pada saraf sensorik.

c. Penurunan kesadaran (kebingungan, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak yang kemudian menekan batangotak atau terjadinya kelainan metabolisme pada otak akibat hipoksia

d. Afasia (kesulitan dalam berbicara)

Afasia adalah defisit dalam keterampilan komunikasi verbal, termasuk membaca, menulis, dan pemahaman bahasa. Afasia terjadi ketika area pusat bicara utama di belahan otak kiri rusak dan biasanya terjadi pada stroke yang melibatkan arteri median kiri. Afasia dibagi menjadi tiga kategori: afasia motorik, afasia sensorik, dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi ketika area tersebut berada di area Broca, yang terletak di lobus frontal otak. Dengan bentuk afasia ini, klien dapat memahami orang lain tetapi tidak dapat mengungkapkannya dan kesulitan mengungkapkan diri secara verbal. Afasia sensorik terjadi akibat kerusakan pada area *Wernicke*, yang terletak di lobus temporal. Pada afasia sensorik, klien tidak dapat menerima rangsangan pendengaran tetapi dapat mengungkapkan ucapan. Dengan demikian, respon bicara klien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global, klien dapat merespons bahasa dengan menerima atau mengekspresikan bahasa.

e. Disartria (Ucapan cadel atau pelo)

Kesulitan berbicara, terutama dalam artikulasi, sehingga ucapan menjadi tidak jelas. Namun, klien dapat memahami berbicara, menulis, mendengarkan dan membaca. Disartria terjadi akibat kerusakan saraf kranial, yang menyebabkan kelemahan otot bibir, lidah, dan laring. Klien juga mengalami kesulitan mengunyah dan menelan.

- f. Gangguan penglihatan, diplopia
klien mungkin kehilangan penglihatan atau memiliki penglihatan ganda dan cacat bidang visual unilateral. Hal ini karena kerusakan lobus temporal atau parietal dapat menghambat serabut saraf optik di korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan oleh kerusakan saraf kranial III, IV, dan VI.
- g. Disfagia
Disfagia atau disfagia terjadi akibat kerusakan saraf kranial IX. Selama menelan, bolus didorong oleh lidah, glotis menutup, dan makanan masuk ke kerongkongan.
- h. Inkontinensia
Inkontinensia usus dan kandung kemih sering terjadi karena gangguan saraf yang mempersarafi kandung kemih dan usus
- i. Pusing, mual, muntah, sakit kepala yang disebabkan oleh peningkatan tekanan intrakranial, edema serebral

2.2.5 Klasifikasi

Klasifikasi stroke hemoragik dibagi menjadi dua kategori, yaitu (Muttaqin, 2020):

2.2.5.1 Pendarahan Intraserebral (PIS)

Perdarahan Intraserebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral, sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak. Penyebab PIS biasanya disebabkan oleh tekanan darah tinggi dalam jangka Panjang, yang kemudian menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah, termasuk munculnya mikroaneurisma. pemicu lainnya adalah stress fisik, kegembiraan, peningkatan tekanan darah secara tiba-tiba, yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Penyebab lainnya adalah

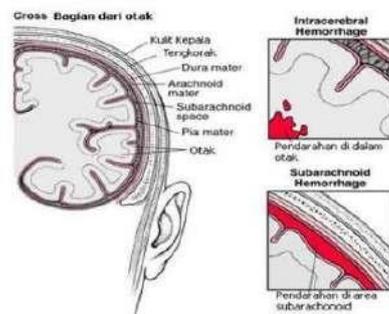
malformasi vaskular kongenital dan gangguan koagulasi. Faktanya, 70% kasus berakibat fatal, terutama jika perdarahannya meluas (masif).

2.2.5.2 Pendarahan subarachnoid (PSA)

Dalam perdarahan subarachnoid, darah memasuki ruang subarachnoid dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari ruang subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer). Sebagian besar kasus PSA terjadi tanpa penyebab eksternal, namun sepertiga kasus terkait dengan stres psikologis dan fisik. Aktivitas fisik yang keras seperti mengangkat beban, membungkuk, batuk atau bersin berlebihan, aktivitas fisik, dan berhubungan seks terkadang dapat menjadi penyebab.

2.2.6 Patofisiologi dan Pathway

Ada dua bentuk CVA bleeding (Dewanto et al., 2019)



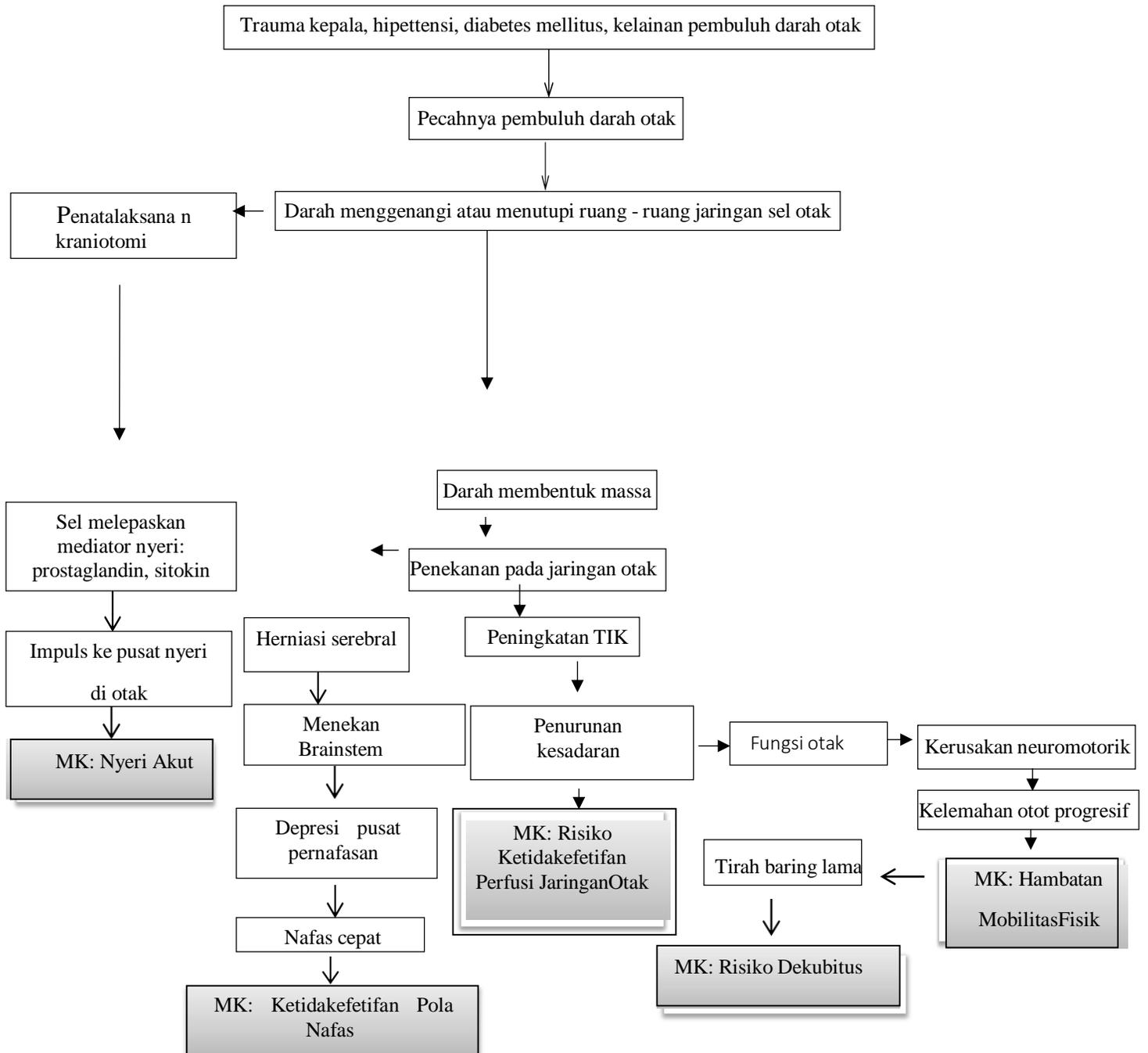
a. Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah di otak, terutama karena tekanan darah tinggi, menyebabkan darah masuk ke jaringan otak dan membentuk massa atau memar yang menekan jaringan otak dan menyebabkan edema di sekitar otak. Peningkatan TIK yang terjadi dengan cepat dapat menyebabkan kematian mendadak akibat peristiwa otak. Perdarahan intraserebral umumnya terjadi di putamen, talamus, sub korteks, nukleus berekor, pon, dan otak kecil. Hipertensi kronis menyebabkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa *lipohyalinosis* atau nekrosis fibrinoid.

b. Perdarahan sub arachnoid

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM. Aneurisma paling sering terjadi di cabang pembuluh besar sistem peredaran darah Willis. AVM dapat ditemukan di jaringan otak pada permukaan piameter dan ventrikel serebral, atau di ventrikel serebral dan ruang subarachnoid. Pecahnya arteri dan kebocoran darah ke dalam ruang subarachnoid menyebabkan peningkatan TIK secara tiba-tiba, yang meregangkan struktur peka nyeri dan menyebabkan sakit kepala parah. Leher kaku dan tanda-tanda lain dari iritasi pada lapisan otak sering terjadi. Peningkatan TIK yang tiba-tiba juga menyebabkan perdarahan retina subhyaloid dan kehilangan kesadaran. Perdarahan subaraknoid dapat menyebabkan vasospasme serebral. Vasospasme ini sering terjadi 3 sampai 5 hari setelah perdarahan dimulai, memuncak pada hari ke 5 sampai 9, dan dapat mereda 2 sampai 5 minggu. Terjadinya vasospasme diyakini karena interaksi antara bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinal dan arteri ruang subarachnoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) atau vokal (hemiparesis, hemisensori, afasia, dan lain-lain). Saat otak hipoksia, tubuh berusaha mencari O₂ melalui proses metabolisme anaerobik, yang dapat menyebabkan pembuluh darah di otak melebar.

Pathway (Purwanto hadi, 2018)



2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk stroke hemoragik, antara lain (Padang, 2019):

a. Menurunkan kerusakan iskemik serebral

Infark serebral terdapat kehilangan secara mantap inti central jaringan otak, sekitar daerah itu mungkin ada jaringan yang masih bisa diselamatkan, tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan O₂, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol / memperbaiki disritmia (irama dan frekuensi) serta tekanan darah.

b. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

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

c. Pengobatan

1) Anti koagulan: Heparin untuk menurunkan kecenderunganperdarahan pada fase akut.

2) Obat antitrombotik: Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwatrombolitik/emobolik.

3) Diuretika : untuk menurunkan edema serebral

d. Penatalaksanaan Pembedahan

Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak. Penderita yang menjalani tindakan ini seringkali juga menderita beberapa penyulit seperti hipertensi, diabetes dan penyakit kardiovaskular yang luas. Tindakan ini dilakukan dengan anestesi umum sehingga saluran pernapasan dan kontrol ventilasi yang baik dapat dipertahankan

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada klien dengan stroke hemoragik adalah sebagai berikut (Radaningtyas et al., 2018).

- a. Angiografi serebral
Membantu menentukan penyebab spesifik stroke, mis. B. perdarahan arteriovenosa atau adanya ruptur, dan lokasi sumber perdarahan, mis. B. aneurisma atau malformasi vaskular.
- b. Lumbal pungsi
Tekanan tinggi dengan bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan perdarahan subaraknoid atau perdarahan intrakranial.
- c. CT scan
Pemindai ini secara akurat menunjukkan lokasi edema, hematoma, adanya infark atau iskemia jaringan otak dan lokasi persisnya.
- d. MRI (Magnetic Imaging Resonance)
Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan lokasi dan ukuran pendarahan otak. Hasil yang didapatkan adalah area lesi dan infark akibat perdarahan.
- e. EKG
Pemeriksaan ini bertujuan untuk menguji masalah yang muncul dan dampak jaringan yang rusak pada pelemahan impuls listrik di jaringan otak.

2.2.9 Komplikasi

Stroke hemoragik dapat menyebabkan (Kurniati et al., 2013)

- a. Infark Serebri
- b. Hidrosefalus yang sebagian kecil menjadi Hidrosefalus normotensif
- c. Fistula carotid cavernosa
- d. Epistaksis
- e. Peningkatan TIK, tonus otot abnormal

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Hemoragic

2.3.1 Pengkajian

Data Fokus Pengkajian

2.3.1.1 Identitas

a. Identitas Klien

Meliputi nama, No. RM, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan, suku, alamat rumah, sumber biaya, tanggal masuk RS, diagnosa medis.

b. Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, hubungan dengan klien, pendidikan, dan alamat.

2.3.1.2 Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Anamnesis riwayat kesehatan sekarang dan pemeriksaan fisik difokuskan pada gejala sekarang dan gejala yang pernah dialami dan efek gejala tersebut terhadap gaya hidup serta citra diri klien.

b. Riwayat Kesehatan Sekarانب (PQRST)

Mengkaji keluhan kesehatan yang dirasakan klien pada saat di anamesa meliputi palliative, provocative, quality, quantity, region, radiaton, severity scale dan time.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat pada masa sebelumnya. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya. Biasanya sebelumnya mempunyai penyakit infeksi seperti pneumonia, dan lain-lain.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Genogram atau penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang mejadi faktor resiko, 3 generasi.

e. Riwayat Psikososial dan Spritual

1) Support sistem terdiri dari dukungan keluarga, lingkungan, fasilitas kesehatan terhadap penyakitnya, mengkaji dampak penyakit klien

pada keluarga dalam hal perawatan di rumah, perubahan hubungan, masalah keuangan, keterbatasan waktu dan masalah-masalah dalam keluarga.

- 2) Komunikasi terdiri dari pola interaksi sosial sebelum dan saat sakit.
- 3) Sistem nilai kepercayaan sebelum dan saat sakit.
- 4) Lingkungan
- 5) Kaji lingkungan rumah dan pekerjaan dari kebersihan, polusi dan bahaya.
- 6) Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit
- 7) Riwayat gizi dikaji untuk mengkaji asupan diet dan intoleransi terhadap makanan serta makanan yang disukai. Kaji pola cairan, pola eliminasi, *insensible water loss*, pola *personal hygiene*, pola istirahat tidur, pola aktivitas dan latihan, pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

Kaji keadaan umum dan kesadaran, tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, TB/BB sebelum masuk RS dan saat di rawat di RS (Sari, 2022).

A = Airway

- a. Yakinkan kepatenan jalan napas
- b. Berikan alat bantu napas jika perlu (guedel atau nasopharyngeal)
- c. Jika terjadi penurunan fungsi pernapasan segera kontak ahli anestesi
- d. Bawa segera mungkin ke ICU

B = Breathing

- a. Kaji jumlah pernapasan lebih dari 24 kali per menit merupakan gejala yang signifikan
- b. Kaji saturasi oksigen
- c. Periksa gas darah arteri untuk mengkaji status oksigenasi dan kemungkinan asidosis
- d. Berikan 100% oksigen melalui non re-breathing mask

- e. Auskultasi dada, untuk mengetahui adanya infeksi di dada
- f. Periksa foto thorak

C = Circulation

- a. Kaji denyut jantung, >100 kali per menit merupakan tanda signifikan
- b. Monitoring tekanan darah, tekanan darah bisa normal atau rendah (dibawah 90 mmHg)
- c. Periksa waktu pengisian kapiler
- d. Kulit dan membrane mukosa: mungkin pucat, dingin
- e. Pasang infuse dengan menggunakan canul yang besar
- f. Berikan cairan koloid – gelofusin atau haemaccel
- g. Pasang kateter
- h. Lakukan pemeriksaan darah lengkap
- i. Siapkan untuk pemeriksaan kultur
- j. Catat temperature, kemungkinan klien pyreksia atau temperature kurang dari 36°C
- k. Siapkan pemeriksaan urin dan sputum
- l. Berikan antibiotic spectrum luas sesuai kebijakan setempat

D = Disability

Bingung merupakan salah satu tanda pertama pada klien stroke hemoragic padahal sebelumnya tidak ada masalah (sehat dan baik). Kaji tingkat kesadaran dengan menggunakan AVPU/GCS. Dapat terjadi penurunan kesadaran.

E = Exposure

Jika sumber infeksi tidak diketahui, cari adanya cedera, luka dan tempat suntikan dan tempat sumber infeksi lainnya. Tanda ancaman terhadap kehidupan stroke hemoragic yang berat didefinisikan sebagai stroke hemoragic yang menyebabkan kegagalan fungsi organ. Jika sudah menyebabkan ancaman terhadap kehidupan maka klien harus dibawa ke ICU, adapun indikasinya sebagai berikut:

- a. Penurunan fungsi ginjal

- b. Penurunan fungsi jantung
- c. Hipoksia
- d. Asidosis
- e. Gangguan pembekuan
- f. *Acute respiratory distress syndrome* (ARDS) – tanda cardinal oedema pulmonal.

Pemeriksaan B6 :

a. B1 (*Breathing*) :

Kaji jalan napas, RR biasanya meningkat, irama, kedalaman, suara napas, batuk, penggunaan otot dan alat bantu napas.

b. B2 (*Blood*) :

Kaji sirkulasi perifer (nadi (biasanya takikardia), distensi vena jugularis, temperatur kulit biasanya dingin atau hipertemik, warna kulit biasanya pucat, CRT, flebitis, varises, edema), sirkulasi jantung (bunyi jantung, kelainan jantung, palpitasi, gemetaran, kesemutan, nyeri dada, ictus cordis, kardiomegali, hipertensi).

c. B3 (*Brain*) :

Kaji GCS, gangguan neurologis nervus I sampai XII, pemeriksaan reflek, kekuatan otot, spasme otot dan kebas/kesemutan.

d. B4 (*Bladder*) :

Kaji distensi kandung kemih, nyeri tekan, nyeri perkusi, urine, penggunaan kateter dan keadaan genital. (jika sudah terjadi kegagalan organ multipel yang menyerang ginjal biasanya nyeri pada ginjal pada saat di palpasi dan perkusi).

e. B5 (*Bowel*) :

Kaji keadaan mulut, kesulitan menelan, muntah, nyeri daerah perut, bising usus, massa pada abdomen, ukur lingkar perut, asites, palpasi dan perkusi hepar, gaster; nyeri tekan, nyeri lepas, pemasangan colostomi, pemasangan NGT.

f. B6 (*Bone*) :

Kaji keadaan ekstremitas, keterbatasan rentang gerak dan adanya kontraktur, kaji bagaimana klien berfungsi, bergerak dan berjalan; beradaptasi terhadap kelemahan atau palisis, tonus otot/kekuatan otot.

2.3.3 Diagnosa

Berdasarkan (PPNI, 2017) beberapa diagnosis keperawatan yang sesuai dengan kondisi klinis *hemorrhagic stroke* yaitu:

- a. Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas
- c. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dan stroke hemoragik
- d. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)
- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- g. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- h. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- i. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan penurunan mobilitas
- j. Resiko luka tekan ditandai dengan penurunan mobilitas
- k. Resiko Aspirasi ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran

2.3.4 Intervensi Keperawatan

NO	Rencana tindakan keperawatan		
	Diagnosis	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum menurun - Sulit bicara menurun - Frekuensi nafas membaik - Pola nafas membaik 	I.01011 Manajemen jalan nafas Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas - Monitor bunyi nafas tambahan - Monitor sputum Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi fowler atau fowler - Lakukan Penghisapan lendir kurang dari 15 detik - berikan oksigen Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
2	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan neurologis	L.01004 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan Pola nafas membaik dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Diameter thorax anterior posterior meningkat - Tekanan ekspirasi meningkat - tekanan inspirasi meningkat - dyspnea menurun - Penggunaan otot bantu nafas menurun - Frekuensi nafas membaik 	Manajemen jalan nafas I.01011 Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) - Monitor bunyi nafas tambahan Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan oksigen, jika perlu Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak terjadi kontraindikasi
3	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dan stroke hemoragik	Setelah dilakukan Intervensi keperawatan selama ... x jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat - Postur desebrasi (ekstensi) menurun 	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. gangguan metabolisme, lesi, edema serebral) - monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat,

		<ul style="list-style-type: none"> - papiledema menurun - tekanan darah membaik - tekanan nadi membaik 	tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafasireguler, kesadaran menurun) - Monitor status pernapasan Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - berikan posisi semi fowler - atur ventilator agar PaCo2 optimal Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
4	Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)	Tujuan: Setelah dilakukan intervensi selama ... x jam, diharapkan termoregulasi membaik dengan Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - takikardi menurun - takipnea menurun - suhu tubuh membaik - tekanan darah membaik 	Regulasi temperatur Observasi <ul style="list-style-type: none"> - monitor tekanan darah frekuensi pernapasan dan nadi - monitor dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipertermia Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - pasang alat pemantau suhu jika perlu - tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu
5	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral	Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x jam maka kommunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan berbicara meningkat - Kemampuan mendengar meningkat - Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 	Promosi komunikasi: defisit bicara Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara - Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara - Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara - Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik

			<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan metode komunikasi alternative - Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan - Ulangi apa yang disampaikan pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berbicara perlahan
6	Defisit perawatan diri berhubungann dengan kelemahan	<p>Tujuan: settelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x jam maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan makan meningkat - Kemampuan ke toilet meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik - Siapkan keperluan pribadi - Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
7	Gangguan mobilitasfisik berhubungann dengan penurunan kekuatan otot	<p>Tujuan: settelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

			- Anjurkan melakukan mobilisasi dini
8	Defisit Nutrisi berhubungann dengan ketidakmampuan mencerna makanan	Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makanan yang dihabiskan meningkat - Berat badan membaik - Indeks massa tubuh (IMT) membaik - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik 	Manajemen nutrisi Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan
9	Resiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandaidengan penurunan mobilitas	Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun 	Perawatan integritas kulit Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
10	Resiko luka tekan ditandai dengan penurunan mobilitas	Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - elastisitas meningkat - perfusi jaringan meningkat - suhu kulit membaik 	Pencegahan luka tekan Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Periksa luka tekan menggunakan skala Imis. Norton, Skala Braden) - Periksa adanya luka tekan sebelumnya - Monitor suhu kulit yang tertekan - Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi

			<ul style="list-style-type: none"> - Monitor mobilitas dan aktivitas individu <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air - Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam - buat jadwal perubahan posisi - Jaga Sprei tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan atau lipatan - Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi - Berikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan c, zat besi dan kalori. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit - anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit - Ajarkan cara merawat kulit
11	Resiko aspirasi ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran	<p>Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x jam maka tingkat aspirasi dengankriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat - Kemampuan menelan meningkat - Dyspnea menurun - Kelemahan otot menurun - Akumulasi secret menurun 	<p>Pencegahan aspirasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan - Monitor status pernapasan - Monitor bunyi nafas, terutama setelah makan/minum - Pertahankan kepatenan jalan nafas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan makan secara perlahan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik mengunyah atau menelan

(PPNI, 2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

2.4 Konsep Status Hemodinamik

Hemodinamik merupakan pemeriksaan aspek fisik sirkulasi darah, fungsi jantung, dan karakteristik fisiologis vaskular perifer. Pemantauan hemodinamik dapat dikelompokkan menjadi invasif dan noninvasif. Pengukuran hemodinamik penting untuk menegakkan diagnosis yang tepat, menentukan terapi yang sesuai, dan pemantauan respon terhadap terapi yang diberikan. Pengukuran hemodinamik ini terutama dapat membantu mengenali syok sedini mungkin, sehingga dapat dilakukan tindakan yang tepat terhadap bantuan sirkulasi (Hidayati, Akbar dan Rosyid, 2018).

Aspek dari hemodinamik yang perlu dipantau, yaitu (Hidayati, Akbar dan Rosyid, 2018; Sitrait, 2020):

2.4.1 Kesadaran

Pusat pengaturan kesadaran manusia secara anatomi terletak pada serabut transversal retikularis batang otak (medulla oblongata) sampai ke talamus dan kemudian dilanjutkan ke formatio activator reticularis yang menghubungkan talamus dengan korteks serebri. Tingkat kesadaran seseorang dapat dinilai secara kualitatif (kompos mentis, apatis, somnolen, sopor/ stupor, dan koma) maupun secara kuantitatif dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS). Parameter GCS yang dinilai respon buka mata, bicara (verbal), dan motorik klien, nilai totalnya adalah 15. Nilai respon buka mata normal 4, respon bicara (verbal) normal 5, dan respon motorik normal 6.

2.4.2 Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan pada dinding pembuluh darah arteri. Tekanan darah sistolik adalah tekanan darah yang dihasilkan sewaktu jantung memompakan darah ke sirkulasi sistemik (saat katub aorta membuka), tekanan darah diastolik adalah tekanan darah yang dihasilkan saat katub aorta menutup.

Tekanan darah arterial adalah tekanan yang ditimbulkan oleh volume darah yang bersirkulasi pada dinding arteri. Perubahan pada *cardiac output* atau resistensi perifer dapat memengaruhi tekanan darah. Klien dengan curah jantung yang rendah dapat mempertahankan tekanan darah normalnya melalui vasokonstriksi, sedangkan klien dengan vasodilatasi mungkin mengalami hipotensi walaupun curah jantungnya tinggi, misalnya pada stroke hemoragic.

Tekanan arterial rata-rata (*Mean Arterial Pressure/*MAP) merupakan hasil pembacaan tekanan rata-rata di dalam sistem arterial juga berfungsi sebagai indikator yang bermanfaat karena dapat memperkirakan perfusi menuju organ-organ yang esensial seperti ginjal dan otak.

MAP juga menjadi acuan autoregulasi yang merupakan adaptasi organ untuk mempertahankan aliran darah yang konstan guna memproteksi fungsinya. Nilai MAP dapat diperoleh dengan penghitungan :

$$\text{MAP} = \frac{\text{tekanan sistolik} + (\text{diastolik} \times 2)}{3}$$

2.4.3 Frekuensi Pernapasan

Frekuensi napas merupakan indikator awal yang bermakna dari disfungsi sel. Frekuensi dan kedalaman pernapasan pada awalnya meningkat sebagai respons terhadap hipoksia. Normal laju napas/*Respiratory rate* (RR) dewasa adalah 12 – 20 kali/menit. RR dihitung selama satu menit. Selain RR, juga harus dinilai irama napas, kedalaman napas, kesimetrisan dinding dada, dan usaha klien untuk bernapas.

2.4.4 Tekanan Vena Jugularis

Peninggian tekanan vena jugularis dapat diperkirakan dari distensi vena jugularis eksterna Vena-vena leher akan mengalami distensi bila kepala

ditempatkan sejajar dengan lantai diatas tempat tidur dan vena-vena leher akan kolaps bila ditempatkan pada ketinggian 30-40 derajat.

2.4.5 Capillary Refill Time (CRT)

Capillary refill time (CRT) adalah tes yang dilakukan dengan cepat pada daerah kuku untuk menilai jumlah aliran darah (perfusi) ke jaringan dan untuk menilai ada tidaknya dehidrasi. Pemeriksaan CRT dilakukan dengan cara tangan klien yang akan diperiksa dipengang dan diangkat lebih tinggi dari jantung untuk mencegah refluks aliran darah vena, kemudian kuku jari tangan ditekan secara lembut sampai berwarna putih lalu dilepaskan.

Jika perfusi baik aliran darah ke daerah kuku baik, pada orang dewasa warna kuku akan kembali ke warna semula (merah muda) kurang dari dua detik, sedangkan pada bayi baru lahir (neonates) pengisian kapiler sampai tiga detik masih dianggap normal. *Capillary refill time* yang memanjang (lebih dari dua detik) dapat ditemukan pada keadaan dehidrasi, hipotermia, penyakit pembuluh darah perifer, syok.

2.4.6 Suhu Tubuh

Peningkatan suhu tubuh dapat menimbulkan kehilangan cairan dan elektrolit. Penurunan suhu tubuh dapat diakibatkan oleh hypovolemia, pada kekurangan cairan yang berat, suhu rektal dapat turun sampai 35°C. Suhu dewasa normal adalah 36,5°C – 35,7°C. Membandingkan antara suhu inti (*core temperature*: suhu *esophagus*, *tympani*, atau *rectal*) dengan suhu ekstremitas (ujung-ujung jari tangan atau kaki), mempunyai makna yang penting. Semakin jauh jaraknya maka semakin kuat dugaan terjadinya vasokonstriksi. Dimana vasokonstriksi kemungkinan merupakan kompensasi dari gangguan jantung atau volume. Atau mungkin primer akibat gangguan di pembuluh darah.

2.4.7 Nadi

Nadi adalah sensasi denyutan yang dapat diraba di arteri perifer yang terjadi karena gesekan atau aliran darah ketika jantung berkontraksi. Ketika ventrikel kiri berkontraksi darah di pompakan ke aorta dan diteruskan ke arteri seluruh tubuh yang menimbulkan suatu gelombang tekanan yang bergerak cepat pada arteri dan dapat dirasakan. Frekwensi denyut nadi dapat dihitung dalam satu menit dan sama dengan frekwensi jantung. Pemeriksaan denyut nadi secara palpasi dapat dilakukan antara lain di: arteri radialis, arteri dorsalis pedis, arteri tibialis posterior, arteri poplitea, arteri femoralis.

2.4.8 Saturasi Oksigen

Pulse oximetry mengukur saturasi oksigen dalam darah arteri. Perubahan saturasi oksigen adalah tanda penting dari gangguan pernapasan. Awalnya tubuh akan mencoba dan mengkompensasi hipoksemia dengan meningkatkan laju dan kedalaman pernapasan. Saturasi oksigen normal adalah > 95%. Saturasi oksigen < 90% berkorelasi dengan kadar oksigen darah yang sangat rendah dan membutuhkan penanganan yang segera. Jika saturasi oksigen rendah, biasanya akan terlihat tanda-tanda lain dari distress napas.

2.4.9 Tekanan Perfusi Selebral (CPP)

Tekanan perfusi serebral (CPP) adalah gradien tekanan bersih yang mendorong pengiriman oksigen ke jaringan otak. Ini adalah perbedaan antara tekanan arteri rata-rata (MAP) dan tekanan intrakranial (ICP), diukur dalam milimeter air raksa (mm Hg). Mempertahankan CPP yang tepat sangat penting dalam menangani klien dengan patologi intrakranial, termasuk cedera otak traumatis, dan dengan tekanan hemodinamik, seperti syok. CPP normal berkisar antara 60 dan 80 mm Hg, namun nilai ini dapat bergeser ke kiri atau kanan tergantung pada fisiologi masing-masing klien. Karena CPP adalah ukuran yang diperhitungkan, MAP dan ICP harus diukur secara bersamaan, paling sering dengan cara invasif.

Mempertahankan CPP yang adekuat dalam situasi klinis patologi intrakranial dengan gangguan ICP atau kondisi hemodinamik tidak stabil akan menurunkan risiko cedera otak iskemik.

- $CPP = MAP - ICP$

2.5 Konsep Terapi Mobilisasi Progresif

2.5.1 Definisi

Perubahan posisi atau mobilisasi merupakan salah satu tindakan keperawatan yang akan mempengaruhi perubahan kondisi hemodinamik klien. Mobilisasi progresif merupakan salah satu tindakan non farmakologis yang dapat menimbulkan respon hemodinamik yang baik.

Mobilisasi progresif adalah serangkaian gerakan yang dilakukan kepada klien kritis di ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) yang direncanakan secara berurutan berdasarkan status atau kondisi klien.

Proses sirkulasi darah juga dipengaruhi mobilisasi progresif oleh posisi tubuh dan perubahan gaya gravitasi tubuh. Sehingga perfusi, difusi, distribusi aliran darah dan oksigen dapat mengalir ke seluruh tubuh (Jayanti, 2018; Simanjutak, 2021).

2.5.2 Tujuan

Tujuan dilakukannya terapi mobilitas progresif, yaitu (Simanjutak, 2021):

- 2.4.2.1 Mengurangi risiko dekubitus
- 2.4.2.2 Menurunkan lama penggunaan ventilator
- 2.4.2.3 Mengurangi insident *ventilated acute pneumonia* (VAP)
- 2.4.2.4 Mengurangi waktu penggunaan sedasi
- 2.4.2.5 Meningkatkan fungsi otot dan kemampuan klien untuk berpindah

- 2.4.2.6 Meningkatkan fungsi organ-organ tubuh
- 2.4.2.7 Meningkatkan status fungsional
- 2.4.2.8 Melancarkan sirkulasi darah
- 2.4.2.9 Mengurangi lama waktu rawat dan pulang dengan resiko rendah

2.5.3 Jenis Posisi Mobilisasi Progresif

2.5.3.1 *Head of Bed (HOB)*

Memposisikan tempat tidur klien secara bertahap hingga klien posisi setengah duduk. Posisi ini dapat dimulai dari 30° kemudian bertingkat ke posisi 45°, 65° hingga klien dapat duduk tegak. Pada klien dimulai mobilisasi progresif. Sebelumnya dikaji dulu kemampuan kardiovaskuler dan pernapasan klien.

2.5.3.2 *Range of Motion (ROM)*

Range of Motion (ROM) merupakan istilah baku untuk menyatakan batas/besarnya gerakan sendi baik normal. ROM juga di gunakan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan batas gerakan sendi abnormal.

Ketika otot mengalami imobilisasi akan terjadi pengurangan masa otot dan mengalami kelamahan. Kegiatan ROM dilakukan pada semua klien kecuali pada klien patah tulang dan tingkat ketergantungan yang tinggi. Kegiatan Range of Motion dilakukan pada ekstremitas atas dan bawah, dengan tujuan untuk menguatkan dan melatih otot agar kembali ke fungsi semula. Kegiatan Range of Motion dilakukan dalam 2-3 kali sehari.

Selain itu, ROM juga memiliki fungsi untuk mempertahankan jantung dan pernapasan, serta melancarkan sirkulasi darah. Pada

saat latihan, terdapat pergerakan anggota tubuh sehingga mengakibatkan otot berkontraksi terus menerus dan mengaktifkan sistem pembuluh darah serta pompa vena sehingga sirkulasi darah akan mengalami peningkatan. Fungsi saraf dan pemompaan darah ke jantung menjadi lebih aktif sehingga mengaktifkan suplai oksigen dan nutrisi dengan baik (Agusrianto & Rantesigi, 2020; Purnomo, Mu'awanah & Mudhofar, 2019).

2.5.3.3 Continuous Laterally Rotation Therapy (CLRT)

Continuous Laterally Rotation Therapy merupakan suatu bagian dari mobilisasi progresif, yang dilakukan untuk mengurangi komplikasi fungsi pernapasan. Terapi ini dilakukan melalui gerakan kontinu rangka tempat tidur yang memutar klien dari sisi ke sisi.

2.5.4 Tahapan Mobilisasi Progresif

Pada mobilisasi Progresif terdapat lima tahapan/level yaitu (Simanjutak, 2021) :

2.5.4.1 Level 1

Dimulai dengan mengkaji klien dari riwayat penyakit yang dimiliki apakah terdapat gangguan kardiovaskuler dan respirasi. $PaO_2 : FiO_2 > 250$, nilai PEEP < 10 , Suhu $< 38^\circ C$, RR 10 – 30x/menit, HR > 60 atau < 120 x/menit. MAP > 55 atau < 140 , tekanan sistolik berkisar > 90 atau < 180 mmHg, saturasi oksigen berkisar $> 90\%$ (RASS-5 sampai -3).

Pada level I dimulai dengan meninggikan posisi klien $> 30^\circ$ kemudian diberikan pasif *Range of Motion* selama dua kali sehari. Mobilisasi progresif dilanjutkan dengan *continuous laterally rotation therapy* (CLRT) latihan dilakukan setiap dua

jam. Bentuk latihan berupa memberikan posisi miring kanan dan miring kiri sesuai dengan kemampuan klien.

2.5.4.2 Level 2

Apabila klien dengan kondisi hemodinamik stabil kemudian dengan tingkat kesadaran meningkat yaitu klien mampu membuka mata tapi kontak belum baik (RASS-3).

Kegiatan mobilisasi di level II ini dimulai dengan *Range of Motion* hingga tiga kali per hari, mulai direncanakan aktif *Range of Motion*, kemudian dimulai meninggalkan posisi tidur klien hingga 45° – 65° dilakukan setiap 15 menit, dilanjutkan dengan melatih klien duduk selama 20 menit.

2.5.4.3 Level 3

Klien pada level ini belum sepenuhnya sadar penuh, tetapi sudah ada kontak mata (RASS-1). Pada level ini bertujuan untuk melatih kekuatan otot klien hingga mentolelir gravitasi. Kegiatan mobilisasi pada level ini dimulai dengan berlatih duduk di tepi tempat tidur lalu meletakkan kaki menggantung (mentolelir gravitasi) selama 15 menit, hal ini dilakukan sebanyak dua kali sehari.

2.5.4.4 Level 4

Pada kegiatan mobilisasi ini kegiatan mobilisasi dimulai dengan duduk sepenuhnya, seperti duduk dikursi selama 20 menit sebanyak tiga kali perhari, lalu dilanjutkan dengan duduk di tepian tempat tidur secara mandiri dan akhirnya melakukan berpindah duduk dari atau tempat tidur ke kursi khusus. Klien pada level ini sudah sadar penuh dan dalam kondisi tenang (RASS -0).

2.5.4.6 Level 5

Tujuan mobilisasi pada level ini untuk meningkatkan kemampuan klien berpindah dan bergerak. Klien pada level ini kooperatif, sadar penuh (RASS-0). Kegiatan mobilisasi pada level ini dengan duduk di kursi khusus lalu dilanjutkan dengan berdiri dan berpindah tempat. Kegiatan ini dilakukan sebanyak dua hingga tiga kali dalam sehari.

2.5.5 Prosedur Pelaksanaan

2.5.5.1 Persiapan

- a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri
- b. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien dan keluarganya
- c. Peneliti meminta izin persetujuan (*informed consent*) kepada keluarga klien
- d. Menutup tirai untuk menjaga privasi klien

2.5.5.2 Pelaksanaan

- a. Mengucapkan basmalah
- b. Mencuci tangan 6 langkah
- c. Lakukan pengukuran nilai saturasi oksigen, tekanan darah, MAP dan nadi serta catat terlebih dahulu sebelum melakukan intervensi mobilisasi progresif
- d. Menempatkan klien pada posisi sesuai dengan gerakan yang akan dilakukan
- e. Lakukan mobilisasi progresif level I yang terdiri dari *Head of Bed* (posisi semifowler 30°)
- f. Kemudian lakukan ROM pasif (ekstremitas atas : fleksi dan ekstensi jari tangan, fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, abduksi dan adduksi pergelangan tangan, fleksi dan ekstensi siku, fleksi dan ekstensi bahu; ekstremitas bawah : fleksi dan

ekstensi jari kaki, dorsofleksi, plantar fleksi, fleksi dan ekstensi lutut, adduksi dan abduksi kaki) setiap gerakan dilakukan pengulangan sebanyak 5 kali

- g. Selanjutnya berikan posisi *Continuous Lateraly Rotation Therapy* (CLRT) yaitu memposisikan klien miring kanan dan kiri
- h. Atur posisi klien kembali seperti semula

2.5.5.3 Evaluasi

- 2.5.6 Mencuci tangan 6 langkah
- 2.5.7 Mengevaluasi respon subjektif dan objektif klien
- 2.5.8 Penkes singkat
- 2.5.9 Melakukan kontrak waktu selanjutnya
- 2.5.10 Mendokumentasikan dan mencatat nilai saturasi oksigen, tekanan darah, MAP dan nadi setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1 (AACN, 2010 dalam Simanjutak, 2021)

2.5.6 Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan dalam Melakukan Mobilisasi Progresif

- 2.5.6.1 Tidak ditemukan disritmia yang membutuhkan pemberian agen antidisritmia dalam 24 jam terakhir
- 2.5.6.2 Tidak ditemukan iskemik miokard dalam 24 jam terakhir
- 2.5.6.3 Tidak ada peningkatan dosis pemberian vasopressor dalam 2 jam terakhir
- 2.5.6.4 $FiO_2 < 0,6$; $PEEP < 10$ cmH₂O (Simanjutak, 2021)

2.6 Analisis Jurnal

No	Judul jurnal	Validity	Important	Applicable
1.	Mobilisasi Progresif Level I Menstabilkan Tekanan Darah dan Saturasi Oksigen Klien Stroke oleh Ani Astuti, Rasyidah AZ dan Satria Akbar Wibowo (2022)	<p>Metode penelitian ini adalah pre eksperimen dengan desain pre-tes and post tes one group design, dimana peneliti memberikan intervensi mobilisasi progressive level I kemudian dilakukan observasi dan pengukuran sebanyak 2 kali sebelum dan sesudah intervensi. Observasi dan pengukuran terhadap tekanan darah dan saturasi oksigen responden.</p> <p>Penelitian ini telah dilakukan di Ruang Neurologi Rumah Sakit Raden Mataher Jambi Kota Jambi pada 02 Februari s.d 30 April 2022. Populasi dalam penelitian ini adalah klien stroke yang menjalani perawatan di ruangan neurologi berjumlah 78 orang. Penghitungan sampel dengan menggunakan rumus besar sampel analitik numerik ber-pasangan, jumlah sampel 44 responden dengan kriteria inklusi usia > 18 tahun, tekanan sistolik berkisar 100-180 mmHg, hari ke 2 perawatan, dan dengan kriteria eksklusi klien yang mengalami peningkatan tekanan darah mendadak sistolik > 200 mmHg dan diastole > 100 mmHg, mati batang otak (MBO), dan Klien yang mengalami perburukan kondisi stroke.</p>	<p>Data menunjukkan bahwa dari 37 responden sebelum dilakukan intervensi tekanan darah >160/100 mmHg (84,1%) sedangkan setelah dilakukan intervensi tekanan darah berada pada 140/90 s/d 159/99 mmHg sebanyak 22 responden (50%).</p> <p>Data menunjukkan bahwa 24 (54,5%) responden sebelum dilakukan intervensi saturasi oksigen responden berada pada 90-95% Sedangkan setelah dilakukan intervensi saturasi oksigen responden berada pada > 96-100% yaitu sebanyak 42 (95,5%).</p> <p>Data menunjukkan bahwa ada pengaruh progresif mobilisasi level I pada tekanan darah dengan P-value 0.000 di-mana terjadi penurunan tekanan darah sistolik maupun diastolik sebesar 10mmHg.</p> <p>Pengaruh progresif mobilisasi level I terhadap saturasi oksigen dari (95%) 90-95% menjadi</p>	<p>Dapat digunakan sebagai intervensi untuk tenaga medis terutama perawat ruang ICU untuk meningkatkan status hemodinamik, akan tetapi tetap memperhatikan kondisi klinis klien dan dalam pemantauan atau observasi monitor TTV ICU secara ketat.</p>

		Data dianalisis secara univariat untuk melihat distribusi frekuensi tekanan darah dan saturasi oksigen sebelum dan sesudah intervensi dan untuk melihat pengaruh mobilisasi progresif level 1 dengan tekanan darah dan saturasi oksigen digunakan uji Wilcoxon karena hasil uji normalitas didapatkan distribusi data tidak normal.	95-100% (97%). Data menunjukkan bahwa ada pengaruh progresif level I terhadap saturasi oksigen dengan P-value 0,000, dimana terjadi peningkatan saturasi oksigen sebanyak 2%.	
2.	Efektivitas Mobilisasi Progresif Terhadap Status Fungsional dan Hemodinamik pada Klien Tirah Baring di ICU RSU. Mitra Medika Medan oleh Dina Aryanti (2020)	Desain penelitian menggunakan metode <i>randomized control trial</i> dengan pendekatan pengukuran berulang. Jumlah responden dalam penelitian ini berjumlah 70 orang responden dengan menggunakan simple random sampling untuk membagi masing-masing 35 responden sebagai kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Penilaian status fungsional menggunakan lembar barthel index dan lembar observasi ICU untuk menilai hemodinamik.	Hasil statistik friedman menunjukkan terdapat perubahan yang signifikan terhadap status fungsional dan hemodinamik klien setelah dilakukan intervensi dengan nilai ($p < 0,05$) dan hasil statistik Mann Whitney berulang dengan koreksi menunjukkan bahwa terdapat perubahan terhadap status fungsional dan hemodinamik setelah dilakukan mobilisasi progresif dengan nilai ($p < 0,05$).	Dapat digunakan sebagai intervensi untuk tenaga medis terutama perawat ruang ICU untuk meningkatkan status hemodinamik, akan tetapi tetap memperhatikan kondisi klinis klien dan dalam pemantauan atau observasi monitor TTV ICU secara ketat.
3.	Pengaruh Mobilisasi Progresif Terhadap Status Hemodinamik pada Klien Kritis di Intensive Care Unit oleh Wahyu Rima Agustin,	Jenis penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif dengan desain quasi experiment, dimana penelitian ini melakukan uji coba coba suatu intervensi pada sekelompok subyek dengan atau tanpa	Ada perbedaan yang bermakna antara Heart Rate (HR), Respiratory Rate (RR), saturasi oksigen (SaO ₂) tekanan darah dan Mean Arterial Pressure (MAP)	Dapat digunakan sebagai intervensi untuk tenaga medis terutama perawat ruang ICU untuk meningkatkan status

	<p>Gatot Suparmanto dan Wahyuningsih Safitri (2020)</p>	<p>kelompok pembanding namun tidak dilakukan randomisasi untuk memasukkan subyek ke dalam kelompok perlakuan atau kontrol. Rancangan penelitian yang digunakan adalah one-group pretest-posttest design. Didalam desain ini observasi dilakukan sebanyak 2 (dua) kali yaitu sebelum dan sesudah intervensi pada satu kelompok perlakuan. Penelitian ini dilakukan di ICU RSUD Karanganyar dan dilaksanakan selama 1 bulan pada bulan Oktober 2018. Populasi pada peneliti-an ini adalah semua klien kritis di ruang ICU RSUD Karanganyar, Teknik pengumpulan sampel pada penelitian ini menggunakan purposive sampling sejumlah 19 responden dengan kriteria inklusi $PaO_2 : FiO_2 > 250$, nilai PEEP 60559090%, tingkat kesadaran klien dengan respon mata baik (RASS -5 sampai -3). Kriteria eksklusi klien dengan peningkatan tekanan intrakranial dan status hemodinamik tidak stabil. Proses analisa data menggunakan one-group pretest-posttest design dengan menggunakan uji Paired sample t-test karena data terdistribusi normal untuk mengukur sebelum dan sesudah</p>	<p>sebelum dan sesudah pemberian mobilisasi progresif ($p \text{ value } 0,000 \leq 0,05$) berarti mobilisasi progresif mempengaruhi status hemodinamik pada klien kritis di RSUD Karanganyar. Nilai t negatif menunjukkan bahwa Heart Rate (HR), Respiratory Rate (RR), saturasi oksigen (SaO_2), tekanan darah dan Mean Arterial Pressure (MAP) sebelum mobilisasi progresif lebih rendah dibandingkan setelah mobilisasi progresif. Heart Rate (HR) dengan nilai $p \text{ value } 0,000$ ($p < 0,05$). Respiratory Rate (RR) dengan nilai $p \text{ value } = 0,000$ ($p < 0,05$). Saturasi oksigen (SaO_2) dengan nilai $p \text{ value } = 0,000$ ($p < 0,05$). Tekanan darah dengan nilai $p \text{ value } = 0,000$ ($p < 0,05$). Mean Arterial Pressure (MAP) dengan nilai $p \text{ value } = 0,037$ ($p < 0,05$).</p>	<p>hemodinamik, akan tetapi tetap memperhatikan kondisi klinis klien dan dalam pemantauan atau observasi monitor TTV ICU secara ketat.</p>
--	---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		dilakukan mobilisasi progresif.		
4.	Mobilisasi Progresif Level 1 Dapat Menstabilkan MAP dan SaO ₂ Klien Penurunan Kesadaran oleh Retmo Jayanti H. H. (2018)	Jenis penelitian ini adalah <i>pra eksperimental</i> dengan rancangan <i>pre-post test one group design</i> . Dilakukan pada 26 responden dengan teknik <i>non-probability sampling</i> yang memenuhi kriteria inklusi (klien yang dirawat di ICU dengan penurunan tingkat kesadaran dengan tanda-tanda vital berupa MAP 55-140 mmHg, tekanan sistolik berkisar 90-180 mmHg, saturasi oksigen berkisar 90%, klien yang mengalami imobilisasi, mampu dilakukan posisi kepala setinggi 30° dan tidak mengalami perdarahan aktif) dan eksklusi (klien dengan peningkatan Tekanan Tinggi Intrakranial (TTIK), klien dengan fraktur tulang belakang, klien dengan flail chest dan aritmia).	Untuk mengetahui pengaruh intervensi dilakukan uji <i>Dependent t-test</i> yang menunjukkan hasil bahwa terdapat pengaruh mobilisasi progresif level 1 terhadap kestabilan MAP dengan nilai p-value 0,001 (< 0,05) dan saturasi oksigen dengan nilai p-value 0,000 (< 0,05).	Dapat digunakan sebagai intervensi untuk tenaga medis terutama perawat ruang ICU untuk meningkatkan status hemodinamik, akan tetapi tetap memperhatikan kondisi klinis klien dan dalam pemantauan atau observasi monitor TTV ICU secara ketat.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain KIAN

Karya ilmiah akhir ini dibuat dengan menggunakan desain berupa studi kasus, dengan kasus tunggal. Metode studi kasus bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data. Metode studi kasus memusatkan perhatian pada suatu kasus secara intensif dan mendetail. Subjek yang diselidiki terdiri dari satu unit (atau satu kesatuan unit) yang dipandang sebagian kasus. Karena sifat yang mendalam dan mendetail tersebut, studi kasus umumnya menghasilkan gambaran yang longitudinal, yaitu hasil pengumpulan dan analisis data kasus dalam satu jangka waktu (Sutisna, 2021).

3.2 Fokus Studi

Fokus studi yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ners adalah

3.2.1 Asuhan Keperawatan pada klien dengan diagnosa *stroke hemoragic*.

3.2.2 Intervensi keperawatan penerapan mobilisasi progresif untuk meningkatkan status hemodinamik pada klien *stroke hemoragic*.

3.2.3 Evaluasi keperawatan penerapan mobilisasi progresif untuk meningkatkan status hemodinamik pada klien *stroke hemoragic*.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan pengertian secara operasional mengenai variabel-variabel yang diamati di dalam kerangka konsep yang dikembangkan oleh peneliti (Sucipto, 2020).

3.3.1 Asuhan Keperawatan pada klien *stroke hemoragic* adalah proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien *stroke hemoragic* mulai pengkajian sampai evaluasi dan dokumentasi

3.3.2 Intervensi Keperawatan penerapan mobilisasi progresif adalah salah satu intervensi yang membantu meningkatkan status hemodinamik pada klien

stroke hemoragic, sehingga dapat mempertahankan jantung dan pernapasan, serta melancarkan sirkulasi darah. Pada saat latihan, anggota tubuh ikut bergerak sehingga mengakibatkan otot berkontraksi terus menerus dan mengaktifkan sistem pembuluh darah serta pompa vena sehingga sirkulasi darah akan mengalami peningkatan. Fungsi saraf dan pemompaan darah ke jantung menjadi lebih aktif sehingga mengaktifkan suplai oksigen dan nutrisi dengan baik

3.4 Subjek Studi Kasus KIAN

Klien dengan Penderita *stroke hemoragic* di ICU Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin berjumlah satu orang dengan kriteria subjek :

- 3.4.1 Klien dan/atau keluarga klien bersedia menjadi subjek penelitian.
- 3.4.2 Keluarga klien bersedia dilakukan mobilisasi progresif pada klien.
- 3.4.3 Klien yang mengalami penurunan status hemodinamik (tingkat kesadaran, tekanan darah, MAP, nadi, suhu, RR, SPO₂).
- 3.4.4 Klien tidak mengalami atau menderita kontraindikasi pada tindakan mobilisasi progresif.
- 3.4.5 Klien dirawat di ruang ICU selama ≥ 2 hari.
- 3.4.6 Klien terindikasi untuk dilakukan tindakan mobilisasi progresif.

3.5 Tempat dan Waktu Pelaksanaan Studi Kasus

3.5.1 Tempat pengambilan studi kasus

Pengambilan kasus dalam tugas akhir ini dilakukan pada klien dengan *stroke hemoragic* yang mengalami penurunan status hemodinamik di ruang ICU di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

3.5.2 Waktu pelaksanaan studi kasus

Waktu studi kasus dimulai dari tanggal 18 Maret 2024 hingga 20 Maret 2024, yang di mulai dari melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan klien dengan *stroke hemoragic*, dilanjutkan dengan kegiatan penyusunan

karya ilmiah akhir profesi dari pendahuluan, tinjauan pustaka, metodologi, hasil dan pembahasan, kesimpulan dan saran, lalu dilanjutkan dengan konsultasi terkait penulisan Karya tulis ilmiah akhir profesi. Untuk pelaksanaan tindakan mobilisasi progresif pada klien stroke hemoragic dimulai dari tanggal 18 sampai dengan 20 Maret 2024.

3.6 Instrumen Studi Kasus

Instrumen adalah alat pengukur yang merupakan Faktor penting dalam menghimpun data yang diharapkan. Maka baik tidaknya alat tersebut menjadi tantangan tersendiri bagi peneliti. Baik tidaknya dilihat dari apakah alat itu mampu menjadi alat penghimpun data yang akurat atau tidak. Atau apakah alat itu mampu memunculkan indikator yang dimaksud oleh peneliti. Ukuran lain yang lebih sekunder, adalah apakah alat tersebut dapat digunakan dengan mudah dan efisien (Indrawan & Yaniawati, 2017).

3.6.1 Instrumen wawancara dan Observasi

Wawancara yang umumnya dilakukan dengan open-ended question dan observasi langsung biasanya dilakukan untuk memastikan kondisi nyata dari kasus tersebut (Pamungkas & Usman, 2017). Instrumen yang digunakan pada studi kasus ini adalah format pengkajian status hemodinamik yang dikaji berupa GCS, tekanan darah, MAP, nadi, RR, SPO₂, suhu dan CRT.

3.6.2 Instrumen penerapan intervensi mobilisasi progresif

Penerapan intervensi mobilisasi progresif dibuat dalam bentuk standar operasional prosedur dengan menggunakan *evidence Based Nursing Practice* dalam skripsi Bethania Cindi Mei Ria Simanjatak pada tahun 2021.

Adapun langkah yang dilaksanakan dalam penerapan mobilisasi progresif level I pada klien stroke hemoragic yang mengalami kesadaran dan tekanan hemodinamik yaitu:

Tabel 3.1 Standar Prosedur Operasional Mobilisasi Progresif Level 1

No	Pelaksanaan
1.	<p>Persiapan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien dan keluarganya c. Peneliti meminta izin persetujuan (<i>informed consent</i>) kepada keluarga klien d. Menutup tirai untuk menjaga privasi klien
2.	<p>Pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan basmalah b. Mencuci tangan 6 langkah c. Menempatkan klien pada posisi sesuai dengan gerakan yang akan dilakukan d. Lakukan pengukuran nilai saturasi oksigen, tekanan darah, MAP dan nadi serta catat terlebih dahulu sebelum melakukan intervensi mobilisasi progresif e. Lakukan mobilisasi progresif level I yang terdiri dari <i>Head of Bed</i> (posisi semifowler 30°) f. Kemudian lakukan ROM pasif (ekstremitas atas : fleksi dan ekstensi bahu, fleksi dan ekstensi siku, fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, abduksi dan adduksi pergelangan tangan, fleksi dan ekstensi jari tangan; ekstremitas bawah : adduksi dan abduksi kaki, fleksi dan ekstensi lutut, dorsofleksi dan plantarfleksi, fleksi dan ekstensi jari kaki) setiap gerakan dilakukan pengulangan sebanyak 5 kali g. Selanjutnya berikan posisi <i>Continuous Lateraly Rotation Therapy</i> (CLRT) yaitu memposisikan klien miring kanan dan kiri h. Mobilisasi progresif dilakukan 2 kali sehari dalam waktu 15-20 menit dengan evaluasi 30 menit i. Atur posisi klien kembali seperti semula
3.	<p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mencuci tangan 6 langkah b. Mengevaluasi respon subjektif dan objektif klien c. Penkes singkat d. Melakukan kontrak waktu selanjutnya e. Mendokumentasikan dan mencatat nilai saturasi oksigen, tekanan darah, MAP dan nadi setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1

Sumber : AACN, 2010 dalam Simanjutak, 2021)

3.7 Teknik pengumpulan Data

3.7.1 Wawancara

Wawancara atau anamnesa dilakukan dengan mengajukan beberapa pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara (format pengkajian sesuai peminatan) kepada klien, keluarga ataupun tenaga medis yang terlibat dalam perawatan klien kelolaan. Wawancara bisa mengambil beberapa bentuk. Yang paling umum, wawancara studi kasus bertipe *open-ended*, dimana peneliti dapat bertanya kepada responden kunci tentang fakta-fakta suatu peristiwa disamping opini mereka mengenai peristiwa yang ada. Komponen dalam instrumen pengumpulan data berupa identitas klien, riwayat kesehatan, kebutuhan fisik, psikologis dan spiritual, dan data subjektif, wawancara ini dilakukan pada klien dan/atau istri klien, petugas kesehatan perawat dan dokter yang merawat klien (Sugiyono, 2018).

3.7.2 Observasi

Observasi langsung biasanya dilakukan untuk memastikan kondisi nyata dari kasus tersebut. Observasi merupakan pengamatan terhadap suatu objek yang diteliti baik secara langsung maupun tidak langsung yang meliputi pemeriksaan fisik : keadaan umum, kulit, kepala dan leher, penglihatan dan mata, sistem penciuman dan hidung, pendengaran dan telinga, mulut dan gigi, sistem pernapasan, abdomen, genitalia dan reproduksi, ekstermitas atas dan bawah (Sugiyono, 2018). Selain itu, ners muda melakukan pengamatan pada kondisi fisik klien dan status hemodinamik klien.

3.7.3 Studi Dokumentasi

Dokumentasi biasanya terdiri dari surat memorandum, agenda, laporan hasil peristiwa, proposal dan hasil penelitian. Studi dokumentasi merupakan salah satu metode pengumpulan data kualitatif dengan melihat dan menganalisis tentang intervensi penerapan mobilisasi progresif pada klien stroke hemoragic di ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

3.8 Langkah Pengumpulan Data

- 3.8.1 Meminta izin kepada diklat rumah sakit Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.
- 3.8.2 Menjelaskan maksud, tujuan, dan waktu studi kasus pada kepala ruang dan preceptor klinik di tempat penelitian dan meminta persetujuan untuk melibatkan subjek dalam studi kasus.
- 3.8.3 Mengidentifikasi atau mendiskusikan dengan subjek tentang penerapan mobilisasi progresif level 1 pada klien stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik.
- 3.8.4 Meminta klien dan/atau keluarga klien untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai bukti menyetujui tindakan penelitian
- 3.8.5 Menepakati tentang intervensi yang akan dilakukan.
- 3.8.6 Melakukan pengkajian awal pada klien stroke hemoragic yang mengalami penurunan status hemodinamik.
- 3.8.7 Melakukan tindakan mobilisasi progresif pada klien stroke hemoragic sehari 2 kali selama 15-20 menit dalam 3 hari sesuai dengan SOP.
- 3.8.8 Setelah 15-20 menit melakukan mobilisasi progresif kepada klien stroke hemoragic selama 15-20 menit, dilakukan pengkajian ulang untuk pengukuran tekanan darah, MAP, nadi dan kriteria lainnya di hari pertama
- 3.8.9 Dilanjutkan pengukuran tekanan darah, MAP, nadi dan kriteria lainnya dihari kedua dan hari ketiga dengan tindakan mobilisasi progresif pada klien stroke hemoragic selama 15-20 menit.
- 3.8.10 Melakukan pengolahan data dan menyajikan hasil pengolahan data dalam bentuk narasi dan tabel.

3.9 Etika Penelitian

Menurut KEMENKES, KNEPK, (2017) dan Indar, Aminuddinsyam & Arifin, (2020) etika adalah usaha manusia atau seperangkat prinsip yang harus dipatuhi agar pelaksanaan suatu kegiatan oleh seseorang atau sebuah profesi dapat berjalan secara benar. Etika merupakan aturan yang harus dipegang oleh peneliti dalam melakukan penelitian. Dalam ranah penelitian, etika lebih merujuk ke prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan penelitian.

Beberapa etika penelitian yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu :

3.9.1 *Respect for Persons*

Klien memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak ataupun mengundurkan diri dalam studi kasus ini.

3.9.2 Hak terhadap *privacy and dignity*

Klien memiliki hak untuk dihargai tentang apa yang mereka lakukan dan apa yang dilakukan terhadap mereka serta untuk mengontrol kapan dan bagaimana informasi tentang mereka dibagi dengan orang lain.

3.9.3 Hak *anonymity and confidentiality*

Semua informasi yang didapat dari klien harus dijaga dengan sedemikian rupa sehingga informasi individual tertentu tidak bisa langsung dikaitkan dengan klien, dan klien juga harus dijaga kerahasiannya atas keterlibatannya dalam studi kasus ini. Untuk menjamin kerahasiaan, maka peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti. Dalam menyusun laporan studi kasus, penelitian menguraikan data tanpa mengungkap identitas klien.

3.9.4 Hak *justice*

Memberikan individu hak yang sama untuk dipilih atau terlibat dalam studi kasus tanpa diskriminasi dan diberikan penanganan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati, dan untuk

memberikan penanganan terhadap masalah yang muncul selama partisipasi dalam studi kasus.

3.9.5 Hak beneficence and nonmaleficence

Klien dilindungi dari eksploitasi dan peneliti harus menjamin bahwa semua usaha dilakukan untuk meminimalkan bahaya (nonmaleficence) atau kerugian dari suatu studi kasus, serta memaksimalkan manfaat (beneficence) dari studi kasus.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Profil Lahan Praktik

RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin dibangun diatas lahan yang Memiliki Luas Tanah 87.675 m² dengan Luas Bangunan 12.161 m² dan beralamatkan di Jl. Brig Jend H.Hasan Basry No.1,Kota Banjarmasin, Provinsi Kalimantan Selatan, Indonesia. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin sesuai dengan Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 6 Tahun 2008, tanggal 15 April 2008, Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Provinsi Kalimantan Selatan yang berlokasi di Jalan. RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengupayakan penyembuhan, pemulihan promotif serta pencegahan yang dilaksanakan secara serasi terpadu serta melaksanakan upaya sebagai pusat rujukan baik dari Puskesmas maupun rumah sakit lain. Status RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin terakreditasi sebagai Rumah Sakit Paripurna. Sebelum rumah sakit menempati bangunan baru di jalan Brigjen H. Hasan Basry Banjarmasin, rumah sakit ini terlebih dahulu berada di jalan Letjen R. Soeprapto no. 41 Banjarmasin. Pada tahun 1952 rumah sakit ini adalah rumah sakit jiwa. Namun, setelah adanya otonomi daerah pada tahun 2001, maka rumah sakit jiwa ini menjadi rumah sakit umum daerah

4.1.2 Gambaran Asuhan Keperawatan

4.1.2.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu, tanggal 18 Maret 2024 pukul 11.30 WITA terhadap Ny.S yang berusia 63 tahun dengan Pendidikan terakhir SMP dan pekerjaan ibu rumah tangga. Klien masuk dengan keluhan utama penurunan kesadaran.

Riwayat penyakit dahulu dimana keluarga klien mengatakan klien mempunyai penyakit riwayat hipertensi, stroke dan ginjal 2 tahun yang lalu.

Riwayat kesehatan sekarang Keluarga klien mengatakan bahwa sebelumnya kondisi Ny. S sangat baik namun saat ditemui klien sudah terbaring dilantai disertai adanya muntah darah dan klien saat itu sudah tidak sadarkan diri. Keluarga klien juga mengatakan bahwa kejadian tersebut baru diketahui jam 15.00 WITA dan klien langsung dibawa ke klinik. Setelah itu klinik langsung merujuk ke RSUD Dr. Moch Ansari Saleh. Klien Perawat ruangan mengatakan bahwa klien merupakan post op craniotomy. Pada tanggal 18 Maret 2023 jam 11.30 WITA telah dilakukan pengkajian pada Ny. S yang mana berdasarkan hasil observasi Ny S tampak adanya dahak, sesak nafas, kadang-kadang suara gurgling (+), klien tampak lemah, klien mempunyai kelemahan anggota tubuh sebelah kiri serta klien mengalami penurunan kesadaran. Klien dengan tingkat kesadaran sopor dan nilai GCSnya yaitu E3M1V1 dengan ukuran pupil 2/2. Klien nampak terbaring lemah di bed. Klien nampak adanya edema di kedua tangan dan kakinya dengan pitting edema grade 2 (3-4 mm). Akral teraba dingin, kulit pucat. Didapatkan hasil pengkajian tanda-tanda vital : Tekanan darah : 80/84 mmHg, Nadi : 52 kali/menit, Pernapasan : 10 kali/menit. SPO₂ 96% (dengan *simple mask* 6 LPM), Suhu : 34,9°C, GCS : E3 V1 M1.

Penanggung jawab klien yaitu Tn. A, Suami klien berusia 53 tahun dengan alamat Desa Karang Indah dengan pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan sebagai Tani.

Hasil pemeriksaan fisik menyeluruh keadaan umum klien tampak lemah dan tidak berdaya, dengan keadaan bersih. Pada sistem Jalan napas terdapat sumbatan berupa sputum. Pernapasan RR 10 kali/menit, SpO₂ 96%, klien terpasang oksigen 6 lpm menggunakan *simple mask*. Irama napas teratur, terdapat sputum yang tidak dapat dikeluarkan. Terdapat suara napas tambahan ronkhi dikedua lapang paru. Nadi 52 kali/menit, Tekanan darah 80/48 mmHg, Suhu 34,9 C, akral dingin, warna kulit klien tampak pucat. CRT >4 detik. Nadi perifer teraba lemah. Tidak terdapat tekanan vena jugularis, irama teratur, tidak terdapat nyeri dada dan perdarahan. Tingkat kesadaran klien sopor dengan nilai GCS E3M1V1. Kekuatan otot 2 dan klien tidak ada nyeri

Sistem gastrointestinal klien Tidak terdapat distensi abdomen, lingkaran perut klien tidak terkaji. Terdapat peristaltic usus 8x/menit, klien tidak ada defekasi hari ini. Pada sistem perkemihan, Warna urin klien kuning, tidak ada distensi kandung kemih, klien menggunakan kateter dimulai pada tanggal 19 maret 2024. UT 24 jam : 2771 cc, UT/ jam: 15 cc, Diuresis : 1,6. Balance cairan : 2037–3346= -1429

Sistem muskuloskeletal integumen klien dengan turgor kulit elastis dan tes turgor kulit : 2 detik. Klien menggunakan alat bantu untuk berpindah yaitu brankar/bed dan kursi roda dikarenakan kesulitan dalam bergerak. Klien mengalami kesulitan bergerak dan tidak ada aktivitas fisik atau latihan gerak sejak 2 minggu yang lalu dan segala aktivitas dibantu oleh suami dan anak klien.

Terpasang IV line di sebelah kanan dengan cairan NaCl 0,9 % 500 cc,Dfluid, klien tidak terpasang NGT. Tinggi badan klien 160 cm dan berat badan dengan pengukuran 2 hari terakhir yaitu 49 kg dengan berat badan sebelumnya (sekitar 2 bulan yang lalu) adalah 55 kg, IMT klien yaitu 19,1 (normal), namun klien mengalami penurunan berat badan sebanyak 6 kg dan klien mengalami penurunan nafsu makan. Klien mampu dibangunkan untuk makan dengan dirangsang nyeri.

Pemeriksaan penunjang pada tanggal 18 Maret 2024, yaitu pemeriksaan laboratorium dengan hasil : hemoglobin : 7.5 g/dl (normal 14.0 – 18.0 g/dl), leukosit : 12.31 ribu/ul (normal 4.0 – 10.5 ribu/ul), eritrosit : 2.37 juta/ul (normal 4.10 – 6.00 juta/ul), hematokrit 23.2% (normal 42.0 – 52.0%), trombosit : 695 ribu/ul (normal 150 – 450 ribu/ul), RDW-CV : 13.7% (normal 12.1 – 14.0%), MCV : 96.4 fl (normal : 80.0 – 92.0 fl), MCH : 30.7 pg (normal 28.0 – 32.0 pg), Natrium : 133.4% (normal : 136-145 – 37.0%), monosit : 1.6% (normal : 2.0 – 8.0%).

Terapi kolaborasi yang diberikan kepada klien yaitu : IVFD NS 0,9% 1000 ml/24 jam, inf Parasetamol 3 x 1 gr, Injeksi Meropemem 2 x 1 gr.inj citicoline 2x250, fenitoin 3x100,inj omeprazole 1x40,inj olanzepine K/P,Albumin 1 btl,b Complex 2x1,Vip Albumin 3x1,Candesartan 32 mg,Amplodipin 10 mg,Resfar 1200 ms/ns 100 cc,Furosemid 1-0-0,Hydrochlorothi 25 mg,Bisoprol 25 mg,Oral asam folat 1x1,Nebu Combivent 4x1.

4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

No	Data	Etiologi	Problem				
1.	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan batuk • sputum berlebihan • Tampak adanya dahak dan sesak nafas, • Kadang-kadang suara gurgling (+) • RR 10 kali/menit • SpO2 96%, klien terpasang oksigen 6 lpm menggunakan simple mask. 	Sekresi yang tertahan	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (SDKI, D.0001)				
2.	DS : - DO : Klien tampak lemah , hanya terbaring di tempat tidur Kesadaran klien sopor GCS E3 M1V1 CRT : 4 detik TTV : Nadi : 52 kali/menit TD : 80/48mmHg RR : 10 kali/menit SpO2 : 96 % O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm MAP : 60 mmhg CPP : 47 mmhg • Klien tidak berbicara	Trauma kepala	Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak (SDKI,D.0017)				
3.	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klien tampak mengalami kelemahan pada tangan dan kaki ▪ Skala kekuatan otot: <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2222</td> <td style="padding: 2px 5px;">2222</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2222</td> <td style="padding: 2px 5px;">2222</td> </tr> </table> Ket: 0 = tidak ada kontraksi 1 = ada kontraksi 2 = dapat bergerak dengan bantuan 3 = dapat melawan gravitasi 4 = dapat menahan tahanan ringan 5 = dapat menahan tahanan penuh. Skala aktivitas: 4 (Dibantu Orang Lain dan alat)	2222	2222	2222	2222	Gangguan neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik (SDKI,D.0054)
2222	2222						
2222	2222						

4	Faktor Risiko <ul style="list-style-type: none"> - Px tampak sesak nafas - Suara nafas gurgling - Terdapat sputum - Status kesadaran klien somnolen - TTV TD: 80/48 mmhg N: 52 kali/menit RR: 10 kali/menit T: 34,9 c SPO:96% O2 6 lpm <i>simple mask</i>		Risiko Aspirasi (D.0006)
5	Faktor Resiko <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang infus • Terpasang NGT • Terpasang kateter 	Prosedur invasif (kateter, NGT dan IV),	Resiko infeksi (SDKi,D.0142)

Prioritas diagnosa :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi Sekresi yang tertahan (SDKI, Kode : D.0001)
- b. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan trauma kepala (SDKI, Kode : D.0017)
- c. Hambatan mobalitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (SDKI, Kode : D.0054)
- d. Resiko Aspirasi (SDKI, Kode : D.0006)
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (SDKI, Kode: D.0142)

4.1.2.3 Perencanaan Keperawatan

- a. Perencanaan keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang berlebihan

Sehubungan dari perencanaan diagnosa keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan produksi sputum berlebihan adalah setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil yaitu : Irama napas normal (5), Frekuensi napas normal (5), Tidak ada akumulasi sputum (5), Tidak ada suara napas tambahan (5).

Tindakan yang dilakukan adalah Manajemen jalan napas , yaitu *observasi* : Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).

- b. Perencanaan keperawatan Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan trauma kepala Berkaitan dengan perencanaan diagnosa keperawatan Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak dberhubungan dengan trauma kepala, dimana luaran yang diharapkan Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, klien menunjukkan status sirkulasi yang baik ditandai dengan dengan kriteria hasil : Tekanan darah dalam rentang yang normal (120/80 mmHg), Kesadaran klien meningkat, Nilai GCS Meningkat, Melakukan mobilisasi progresif level satu, Tidak ada gerakan involunter

Tindakan yang dilakukan adalah Manajemen ketidak efektifan perfusi jaringan otak Observasi tanda-tanda vital, Monitor tingkat kesadaran, Pertahankan posisi tirah baring atau head up 30⁰, Melakukan mobilisasi progresif level satu, Pertahankan lingkungan yang nyaman.

c. Perencanaan keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Sehubungan dengan perencanaan keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, dimana luaran yang diharapkan setelah dilakukan intervensikeperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat

Tindakan yang dilakukan adalah Dukungan mobilisasi Observasi, Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

d. Perencanaan keperawatan Resiko Aspirasi

Sehubungan dengan perencanaan keperawatan Resiko Aspirasi, dimana luaran yang diharapkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko aspirasi menurun, dengan kriteria hasil :Tingkat kesadaran meningkat, Kemampuan menelan meningkat.

Tindakan yang dilakukan adalah Manajemen jalan nafas, Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift, Berikan oksigen.

e. Perencanaan keperawatan Resiko Infeksi

Sehubungan dengan perencanaan keperawatan risiko infeksi, dimana luaran yang diharapkan Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam resiko infeksi dapat ditangani dengan kriteria hasil : Tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah perluakaan.

Tindakan yang dilakukan adalah Pencegahan Infeksi Observasi, Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.

4.1.2.4 Implementasi Keperawatan

- a. Implementasi keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 11.00 WITA pada hari pertama didapatkan data objektif: Pola nafas regular dengan RR : 12 kali/menit Bunyi nafas gurgling, Klien dengan posisi semi fowler, Klien telah diberikan oksigen *simple mask* sebanyak 6 lpm dengan Spo2 97 % Klien telah diberikan nebulisasi sebanyak 1 kali. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 16:00 WITA didapatkan data objektif : Pola nafas regular dengan RR : 16 kali/menit Bunyi nafas gurgling, Klien dengan posisi semi fowler Klien telah diberikan oksigen sebanyak 6 lpm *simple mask* dengan Spo2 99 % Klien telah

diberikan nebulisasi sebanyak 1 kali. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 09:00 WITA didapatkan data objektif yang didapatkan Pola nafas regular dengan RR : 18 kali/menit Bunyi napas gurgling, Klien dengan posisi semi fowler Klien telah diberikan oksigen sebanyak 6 lpm *simple mask* dengan Spo2 99 % Klien telah diberikan nebulisasi sebanyak 1 kali.

- b. Implementasi keperawatan Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak dberhubungan dengan trauma kepala dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 11:15 WITA pada hari pertama didapatkan data objektif : GCS E3V1M1 dan tingkat kesadaran sopor. Respiratory rate : .- TD:82/49 mmHG, N: 59 kali/menit, R: 12 x/menit ,T:34,9°C,SPO2 : 97%,O2 : 6 lpm *simple mask*, MAP: 60 mmhg, CPP : 47 mmhg, CRT 4 detik , klien dalam posisi semifowler,klien dalam kondisi tidur. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 16:15 WITA didapatkan data objektif: GCS E3V2M3 dengan tingkat kesadaran delirium. Tekanan darah : 90/65 mmHg, nadi : 73 kali/menit, respirasi : 16 menit, spo2 99% dengan oksigen *simple mask* 6 lpm, MAP : 73 mmHg, CPP : 60 mmhg dan CRT : 3 detik. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 09:15 WITA didapatkan data subjektif : klien mengatakan “iya” saat ditanya oleh ners muda “apakah badan ibu sudah merasa agak nyaman?” dan klien menjawab “tidak” saat ditanya “bagaimana kondisi tangan dan kaki, apakah sulit digerakkan?” dijawab “iya”. Sedangkan data objektif klien Respiratory rate : TD:92/63 mmHG, N: 81 kali/menit, R: 18 kali/menit , T:36,6°C, SPO2 : 98%, O2 : 6 lpm sm,CRT 2 detik,MAP : 72 mmhg, CPP : 59 mmhg, Nilai GCS

E₃ M₅ V₄, Kesadaran klien membaik composmetis, klien dalam posisi semifowler.

- c. Implementasi keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 11:25 WITA didapatkan data objektif klien GCS E3V1M1 dengan kesadaran sopor, TD:82/49 mmHG, N: 59 kali/menit, R: 12 x/menit, SPO₂ : 97%, T:36,5°C, O₂ : 6 lpm *simple mask*, MAP: 60 mmhg, CRT 4 detik, klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat (skala aktivitas 3), Skala otot klien 2, klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung, klien dibantu melakukan ROM Pasif dengan menggerakan tangan dan kaki, Klien sudah dimandikan/diseka, klien sudah diberikan program nutrisi. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 16:25 WITA didapatkan data objektif klien dengan GCS E3M2V3 dengan kesadaran delirium, TD:90/65 mmHG, N:73 kali/menit, R: 16 x/menit, SPO₂ : 99%, O₂ : 6 lpm *simple mask*, MAP 73 mmhg, CRT 3 detik, klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat (skala aktivitas 3), Skala otot klien 2, klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung, klien dibantu melakukan ROM Pasif dengan menggerakan tangan dan kaki, Klien sudah dimandikan/diseka, klien sudah diberikan program nutrisi. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 09:25 WITA didapatkan data objektif klien dengan GCS E3M5V4 dengan kesadaran composmetis, TD:92/63 mmHG, N:81 kali/menit, R: 21 kali/menit, SPO₂ : 98%, O₂ : 6 lpm *simple mask*, MAP:72 mmhg, CRT: 2 detik,, klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas

dan alat (skala aktivitas 3), Skala otot klien 2, klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung, klien dibantu melakukan ROM Pasif dengan menggerakan tangan dan kaki, klien sudah dimandikan/ diseka, klien sudah diberikan program nutrisi.

- d. Implementasi keperawatan resiko aspirasi dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 11:45 WITA didapatkan data objektif dengan GCS E3M1V1 dengan kesadaran sopor, Pola nafas irregular terdapat otot bantu nafas, Bunyi nafas gurgling, Klien diberikan posisi head tilt, Terpasang oksigen *simple mask* 6 lpm Pernafasan klien 12 kali/menit. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 11:45 WITA didapatkan data objektif klien dengan GCS E3M2V3 dengan kesadaran delirium, Pola nafas irregular terdapat otot bantu nafas, Bunyi nafas gurgling, Klien diberikan posisi head tilt, Terpasang oksigen *simple mask* 6 lpm, Pernafasan klien 16 kali/menit. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 09:45 WITA didapatkan data objektif klien dengan GCS E3M5V4 dengan kesadaran composmetis, Pola nafas irregular terdapat otot bantu nafas, Bunyi nafas gurgling, Klien diberikan posisi head tilt, Terpasang oksigen *simple mask* 6 lpm, Pernafasan klien 19 kali/menit.
- e. Implementasi Keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 12:00 WITA didapatkan data objektif klien dengan kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan, Perawat sudah mencuci tangan keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 17:00 WITA didapatkan data objektif klien dengan kassa

tampak bersih ada berwarna kemerahan, Perawat sudah mencuci tangan, keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 11:00 WITA didapatkan data objektif klien degan kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan Perawat sudah mencuci tangan, keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan.

- f. Implementasi keperawatan mobilisasi progresif level satu sebelum melakukan tindakan mobilisasi progresif, ners muda menjelaskan terlebih dahulu tindakan yang akan dilakukan dan tujuannya pada klien dan/atau keluarga klien, setelah itu meminta persetujuan dan melakukan kontrak waktu untuk dilaksanakannya tindakan. Kemudian, ners muda melakukan cuci tangan 6 langkah dengan menggunakan *handscrub*, melakukan pengukuran tekanan darah, MAP, nadi, suhu dan saturasi oksigen. Setelah dilakukan pengukuran, klien diposisikan lurus dan tegap. Selanjutnya, dilakukan mobilisasi progresif dengan awalan meninggikan kepala klien 30° dengan bantal atau memutar tuas bed.

Setelah itu, melakukan ROM pasif, dimulai dari ekstremitas atas (kanan dan kiri bergantian) : fleksi dan ekstensi bahu, fleksi dan ekstensi siku, fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, abduksi dan adduksi pergelangan tangan, fleksi dan ekstensi jari-jari tangan. Ekstremitas bawah : adduksi dan abduksi kaki, fleksi dan ekstensi lutut, dorsal fleksi dan plantar fleksi, serta fleksi dan ekstensi jari kaki. Setiap gerakan yang dilakukan oleh ners muda, diulangi sebanyak 2 kali dalam sehari dengan waktu 15-20 menit dengan evaluasi 30 menit. Selanjutnya ners muda memberikan posisi *Continous Lateral Rotation Therapy* (CLRT), yaitu memosisikan klien miring ke kanan dan kiri

secara bergantian dan bertahap. Setelah selesai semua gerakan berdasarkan SOP, maka ners muda mengatur posisi klien kembali seperti semula dan mencuci tangan 6 langkah.

Implementasi tindakan mobilisasi progresif level I dilakukan selama 3 hari dimulai dari hari senin, selasa tanggal 18 maret 2024 pukul 11.00 – 11.15 di ruang ICU dan hari rabu tanggal 20 Maret 2024 di jam 09.00 – 09.15 di ruang icu (ruang perawatan klien).

4.1.2.5 Evaluasi Keperawatan

- a. Evaluasi keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan berlebihan dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 11:30 WITA hari pertama didapatkan data subjektif : Perawat ruangan mengatakan bahwa klien masih adanya dahak, data objektif : Sesak nafas klien sedikit berkurang, dahak klien sedikit berkurang, Suara nafas gurgling, R : 12 kali/menit, SpO2 97% dengan 6 lpm menggunakan *simple mask*, Kesadaran Sopor, masalah klien teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 15:30 WITA didapatkan data subjektif : Perawat ruangan mengatakan bahwa klien masih adanya dahak, data objektif : Sesak nafas klien sedikit berkurang, Dahak klien sedikit berkurang, Suara nafas gurgling, R : 16 kali/menit, SpO2 99% dengan 6 lpm menggunakan *simple mask*, Kesadaran delirium, masalah klien teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 09:30 WITA didapatkan data subjektif : perawat ruangan mengatakan bahwa klien masih ada sputum, data objektif : sesak nafas klien sedikit berkurang, dahak klien sedikit berkurang, suara nafas gurgling, R : 19 kali/menit

dengan *simple mask* 6 lpm, kesadaran klien kualitatif : composmentis. Masalah klien teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan.

- b. Evaluasi keperawatan Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan trauma kepala dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 11:35 WITA didapatkan data objektif : TD : 82/49 mmhg, N : 59 kali/menit, MAP : 4 detik, CRT : 4 detik, SPO2 : 97 % dengan *simple mask* 6 lpm, CPP : 47 mmhg, nilai GCS : E3M1V1 kesadaran klien sopor, klien dalam posisi semifowler, klien dalam kondisi tidur. Masalah belum teratasi. Intervensi dilanjutkan. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 15:35 WITA didapatkan data objektif : TD : 90/65 mmhg, N : 73 kali/menit, MAP : 73 mmhg, CRT : 3 detik, SPO2 : 99% dengan oksigen *simple mask* 6 lpm, CPP : 60 mmhg, nilai GCS : E3M2V3 kesadaran klien delirium, klien posisi semifowler, klien dalam kondisi sadar. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 09 : 35 WITA didapatkan data subjektif : klien mengatakan “iya” saat ditanya oleh ners muda “apakah badan ibu sudah merasa agak nyaman” dan klien menjawab “tidak” saat ditanya “bagaimana kondisi tangan dan kaki apakah sulit di gerakan” dan menjawab “iya”, data objektif : TD : 92/63 mmhg, N : 81 kali/menit, MAP : 72 mmhg, CRT : 2 detik, R : 19 kali/menit, SPO2 : 99% dengan oksigen *simple mask* 6 lpm, CPP : 59 mmhg, nilai GCS : E3M5V4 kesadaran kualitatif ; composmentis, klien posisi semifowler, klien kondisi sadar. Masalah teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan.

- c. Evaluasi keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 11:40 WITA didapatkan data objektif : TD : 82/49 mmhg, N : 59 kali/menit, MAP : 60 mmhg, CRT : 4 detik, SPO2 : 97% dengan oksigen *simple mask* 6 lpm, klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat (skala aktivitas 3), skala otot klien 2, klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung, klien dibanti melakukan Rom pasif dengan menggerakan tangan dan kaki, klien dimandikan/diseka, klien sudah diberikan progam nutrisi. Masalah klien tidak teratasi. Intervensi dilanjutan. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 15:40 WITA didapatkan data objektif : TD : 90/65 mmhg, N : 73 kali/menit, MAP : 73 mmhg, CRT : 3 detik, SPO2 : 99% dengan oksigen *simple mask* 6 lpm, klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat (skala aktivitas 3), skala otot 2, klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung, klien melakukan ROM pasif dengan menggerakan tangan dan kaki, klien sudah dimandikan/diseka, klien sudah diberikan progam nutrisi. Masalah klien teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 09:40 WITA didapatkan data objektif : TD : 92/63 mmhg, N : 81 kali/menit, MAP : 72 mmhg, CRT : 2 detik, R : 19 kali/menit, SPO2 : 99% dengan oksigen *simple mask* 6 lpm, klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat (skala aktivitas 3), skala otot 2, klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung, klien dibantu melakukan ROM klien dengan menggerakan tangan dan kaki,

klien sudah dimandikan/diseka, klien sudah diberikan program nutrisi. Masalah teratasi sebagian. Intervensi di lanjutkan.

- d. Evaluasi keperawatan risiko aspirasi dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 11:50 WITA didapatkan data objektif : pola nafas irregular, terdapat otot bantu nafas, bunyi nafas gurgling, klien diberikan posisi head tilt, terpasang oksigen *simple mask* 6 lpm, pernafasan klien 12 kali/menit. Masalah klien tidak teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 15:50 WITA didapatkan data objektif : pola nafas irregular, terdapat otot bantu nafas, bunyi nafas gurgling, klien diberikan posisi head tilt, terpasang oksigen *simple mask* 6 lpm, pernafasan klien 16 kali/menit. Masalah klien teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 09:50 WITA didapatkan data objektif : pola nafas irregular, terdapat otot bantu nafas, bunyi nafas gurgling, klien diberikan posisi head tilt, terpasang oksigen *simple mask* 6 lpm, pernafasan klien 18 kali/menit. Masalah teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan.
- e. Evaluasi keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive dilakukan pada hari pertama Senin tanggal 18 maret 2024 pukul 12:00 WITA didapatkan data objektif : kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan, perawat sudah mencuci tangan, keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan. Masalah klien tidak teratasi. Intervensi dilanjutkan. Pada hari kedua selasa tanggal 19 maret 2024 pukul 16:00 WITA didapatkan data objektif : kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan, perawat sudah mencuci tangan, keluarga

yang berkunjung sudah mencuci tangan. Masalah klien tidak teratasi. Intervensi dilanjutkan. Pada hari ketiga rabu tanggal 20 Maret 2024 pukul 10:00 WITA didapatkan data objektif : kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan, perawat sudah mencuci tangan, keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan. Masalah belum teratasi. Intervensi dilanjutkan.

- f. Evaluasi tindakan mobilisasi progresif dilakukan pada hari Senin, 18 maret 2024 pukul 11.00, untuk data subjektif belum bisa didapatkan karena klien masih mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3V1M1 dan tingkat kesadaran sopor/stupor. Data objektif didapatkan data status hemodinamik mengalami peningkatan setelah dilakukannya tindakan dengan hasil : tekanan darah : 82/48 mmHg, nadi : 59 kali/menit, suhu : 35,3°C, *respiratory rate* : 12 kali/menit, SPO₂ : 97% (dengan *simple mask* 6 LPM), MAP : 60 mmHg.CPP 47 mmhg dan CRT : 4 detik. *Planning* tindakan yang dilanjutkan ialah tindakan mobilisasi progresif dan pemeriksaan status hemodinamik klien.

Tabel 4.1 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Pertama Pukul 11.00 WITA

Parameter	Sebelum Tindakan	Sesudah Tindakan
GCS Tingkat Kesadaran	E3V1M1 Stupor	E3V1M1 Stupor
Tekanan Darah	80/48 mmHg	82/49 mmHg
Nadi	52 kali/menit	59 kali/menit
Suhu	34,9°C	35,2°C
<i>Respiratory Rate</i>	10 kali/menit	12 kali/menit
SPO ₂	96% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)	97% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)
MAP	58 mmHg	60 mmHg

CRT	4 detik	4 detik
CPP	45 mmhg	47 mmhg

Evaluasi tindakan mobilisasi progresif juga dilakukan pada hari Senin, 18 maret 2024 pukul 13.45, untuk data subjektif belum bisa didapatkan karena klien masih mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3V1M1 dan tingkat kesadaran sopor/stupor. Data objektif didapatkan data status hemodinamik mengalami peningkatan setelah dilakukannya tindakan dengan hasil : tekanan darah : 85/50 mmHg, nadi : 59 kali/menit, suhu : 35,2°C, *respiratory rate* : 13 kali/menit, SPO₂ : 97% (dengan *simple mask* 6 LPM), MAP : 62 mmHg, CPP : 49 mmhg dan CRT : 4 detik. *Planning* tindakan yang dilanjutkan ialah tindakan mobilisasi progresif dan pemeriksaan status hemodinamik klien.

Tabel 4.2 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Pertama Pukul 13.45 WITA

Parameter	Sebelum Tindakan	Sesudah Tindakan
GCS	E2V1M3	E2V1M3
Tingkat Kesadaran	Stupor	Stupor
Tekanan Darah	84/49 mmHg	85/50 mmHg
Nadi	61 kali/menit	62 kali/menit
Suhu	35,2°C	35,3°C
<i>Respiratory Rate</i>	12 kali/menit	13 kali/menit
SPO ₂	97% (dengan <i>simple mask</i> 6 LPM)	98% (dengan <i>simple mask</i> 6 LPM)
MAP	60 mmHg	62 mmHg
CRT	4 detik	4 detik
CPP	47 mmhg	49 mmhg

Hasil evaluasi tindakan mobilisasi progresif pada hari Selasa, 19 Maret 2024 pukul 16.00, untuk data subjektif tidak didapatkan. Data objektif didapatkan data GCS dan tingkat kesadaran klien membaik, yaitu GCS E3V2M3 dengan tingkat kesadaran Delirium. Status hemodinamik mengalami peningkatan setelah dilakukannya tindakan dengan hasil : tekanan darah : 140/98 mmHg, nadi : 90/65 mmHg, nadi : 73 kali/menit, suhu : 35,4°C, *respiratory rate* : 16 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm), MAP : 73 mmHg, CPP : 80 mmhg dan CRT : 3 detik. *Planning* tindakan yang dilanjutkan ialah tindakan mobilisasi progresif dan pemeriksaan status hemodinamik klien

Tabel 4.3 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Kedua Pukul 16.00 WITA

Parameter	Sebelum Tindakan	Sesudah Tindakan
GCS Tingkat Kesadaran	E3V2M3 Delirium	E3V2M3 Delirium
Tekanan Darah	87/59 mmHg	90/65 mmHg
Nadi	66 kali/menit	73 kali/menit
Suhu	35,2°C	35,4°C
<i>Respiratory Rate</i>	13 kali/menit	16 kali/menit
SPO ₂	98% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)	99% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)
MAP	68 mmHg	73 mmHg
CRT	3 detik	3 detik
CPP	55 mmhg	60 mmhg

Hasil evaluasi tindakan mobilisasi progresif pada hari Selasa, 19 Maret 2024 pukul 19.25 WITA, untuk data subjektif tidak didapatkan. Data objektif didapatkan data GCS dan tingkat kesadaran klien, yaitu GCS E3V2M4 dengan tingkat kesadaran

delirium. Status hemodinamik mengalami peningkatan setelah dilakukannya tindakan dengan hasil : tekanan darah :92/67 mmhg, N : 77 kali/menit, suhu : 35,6°C, *respiratory rate* : 18 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm), MAP : 75 mmHg, CPP : 62 mmhg dan CRT : 3 detik. *Planning* tindakan yang dilanjutkan ialah tindakan mobilisasi progresif dan pemeriksaan status hemodinamik klien.

Tabel 4.4 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Kedua Pukul 19.25 WITA

Parameter	Sebelum Tindakan	Sesudah Tindakan
GCS	E3V2M3	E3V2M4
Tingkat Kesadaran	Delirium	Delirium
Tekanan Darah	91/65 mmHg	92/67 mmHg
Nadi	75 kali/menit	77 kali/menit
Suhu	35,5°C	35,6°C
<i>Respiratory Rate</i>	17 kali/menit	18 kali/menit
SPO ₂	98% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)	99% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)
MAP	73 mmHg	75 mmHg
CRT	3 detik	3 detik
CPP	60 mmhg	62 mmhg

Hasil evaluasi tindakan mobilisasi progresif pada hari Rabu, 20 Maret 2024 pukul 09.00 WITA, untuk data subjektif klien mengatakan “iya” saat ditanya oleh ners muda “apakah badan ibu sudah merasa agak nyaman?” dan klien menjawab “tidak” saat ditanya “bagaimana kondisi tangan dan kaki, apakah sulit digerakkan?”klien menjawab “iya”. Data objektif didapatkan data GCS dan tingkat kesadaran klien membaik, yaitu GCS E3V5M4 dengan tingkat kesadaran kualitatif : composmentis, selain itu kekuatan otot klien juga meningkat, dimana klien

dapat mengangkat tangannya secara perlahan. Status hemodinamik mengalami peningkatan setelah dilakukannya tindakan dengan hasil : tekanan darah : 92/63 mmHg, nadi : 81 kali/menit, suhu : 36,0°C, *respiratory rate* : 18 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm), MAP : 72 mmHg, CPP : 59 mmhg dan CRT : 2 detik. *Planning* tindakan yang dapat dilanjutkan ialah tindakan mobilisasi progresif yang bisa dilakukan oleh keluarga klien dan perawat di ruangan serta pemeriksaan status hemodinamik klien pada perawat di ruangan.

Tabel 4.5 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Ketiga Pukul 09.00 WITA

Parameter	Sebelum Tindakan	Sesudah Tindakan
GCS Tingkat Kesadaran	E3V5M4 Compositis	E3V5M4 Compositis
Tekanan Darah	89/60 mmHg	92/63 mmHg
Nadi	77 kali/menit	81 kali/menit
Suhu	35,7°C	36,0°C
<i>Respiratory Rate</i>	16 kali/menit	18 kali/menit
SPO ₂	99% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)	99% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)
MAP	69 mmHg	72 mmHg
CRT	2 detik	2 detik
CPP	56 mmhg	59 mmhg

Hasil evaluasi tindakan mobilisasi progresif pada hari Rabu, 20 Maret 2024 pukul 11.20 WITA, dengan hasil data objektif didapatkan data GCS dan tingkat kesadaran klien yaitu E3V5M4 dengan tingkat kesadaran kualitatif : compositis, selain itu kekuatan otot klien juga meningkat,. Status hemodinamik mengalami peningkatan setelah dilakukannya

tindakan dengan hasil : tekanan darah : 94/65 mmHg, nadi : 85 kali/menit, suhu : 36,1°C, *respiratory rate* : 19 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm), MAP : 78 mmHg, CPP : 65 mmHg dan CRT : 2 detik. *Planning* tindakan yang dapat dilanjutkan ialah tindakan mobilisasi progresif yang bisa dilakukan oleh keluarga klien dan perawat di ruangan serta pemeriksaan status hemodinamik klien pada perawat di ruangan.

Tabel 4.6 Status Hemodinamik Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Hari Ketiga Pukul 11.25 WITA

Parameter	Sebelum Tindakan	Sesudah Tindakan
GCS Tingkat Kesadaran	E3V5M4 Composmentis	E3V5M4 Composmentis
Tekanan Darah	94/65 mmHg	97/69 mmHg
Nadi	83 kali/menit	85 kali/menit
Suhu	36,0°C	36,1°C
<i>Respiratory Rate</i>	18 kali/menit	19 kali/menit
SPO ₂	99% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)	99% (dengan <i>simple mask</i> 6 lpm)
MAP	74 mmHg	78 mmHg
CRT	2 detik	2 detik
CPP	61 mmHg	65 mmHg

4.1.3 Hasil Penerapan Intervensi Mobilisasi Progresif

Berdasarkan hasil penerapan dari intervensi mobilisasi progresif, setelah dilakukan tindakan pada hari pertama tidak terdapat perubahan pada nilai GCS dan tingkat kesadaran klien serta CRT, namun terdapat perubahan pada status hemodinamiknya, seperti meningkatnya tekanan darah, nadi, suhu, *respiratory rate*, SPO₂ dan nilai MAP klien dari sebelum dilakukannya tindakan yaitu : tekanan darah : 80/48 mmHg, nadi : 52 kali/menit, suhu : 34,9°C, *respiratory rate* : 10 kali/menit, SPO₂ : 96%

(dengan *simple mask* 6 LPM), MAP : 58 mmHg, CPP : 45 mmhg. Setelah dilakukannya tindakan mobilisasi progresif pada hari pertama, terdapat perubahan dengan hasil : tekanan darah : 82/49 mmHg, nadi : 59 kali/menit, suhu : 35,2°C, *respiratory rate* : 12 kali/menit, SPO₂ : 97% (dengan *simple mask* 6 LPM), MAP : 60 mmHg, CPP : 47 mmhg. Setelah dilakukan tindakan pada hari kedua, juga tidak terdapat perubahan pada nilai GCS dan tingkat kesadaran klien serta hasil CRT, namun terdapat perubahan pada status hemodinamiknyanya, seperti meningkatnya tekanan darah, nadi, suhu, *respiratory rate*, SPO₂, nilai MAP, dan CRT klien dari sebelum dilakukannya tindakan yaitu : tekanan darah 87/59 mmHg, nadi : 66 kali/menit, suhu : 35,2°C, *respiratory rate* : 13 kali/menit, SPO₂ : 98% (dengan *simple mask* 6 lpm), MAP : 68 mmHg, CPP : 55 mmhg. Setelah dilakukannya tindakan mobilisasi progresif pada hari pertama, terdapat perubahan dengan hasil : tekanan darah : 90/65 mmHg, nadi : 73 kali/menit, suhu : 35,4°C, *respiratory rate* : 16 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm) dan MAP : 73 mmHg, CPP : 60 mmhg.

Intervensi mobilisasi progresif dilaksanakan hingga hari ketiga, dimana tidak terdapat perubahan pada nilai GCS dan tingkat kesadaran klien serta hasil CRT setelah evaluasi selama 30 menit dari pelaksanaan tindakan yang dilakukan. Akan tetapi, klien mengalami perbaikan kondisi dari hari sebelumnya dan terdapat peningkatan kekuatan otot. Selain itu, juga terdapat perubahan pada status hemodinamiknyanya, seperti meningkatnya tekanan darah, nadi, suhu, *respiratory rate*, SPO₂, nilai MAP, dan CRT klien dari sebelum dilakukannya tindakan yaitu : tekanan darah : 89/60 mmHg, nadi : 77 kali/menit, suhu : 35,7°C, *respiratory rate* : 16 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm), MAP : 69 mmHg, CPP : 56 mmhg. Setelah dilakukannya tindakan mobilisasi progresif pada hari pertama, terdapat perubahan dengan hasil : tekanan darah : 92/63 mmHg, nadi : 81 kali/menit, suhu : 36,0°C, *respiratory rate*

: 18 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm), MAP : 72 mmHg, 59 mmhg.

Dapat disimpulkan hasil dari intervensi selama tiga hari pada tanggal 18 sampai 20 Maret 2024, dimana kondisi klien mengalami perbaikan dan status hemodinamik klien meningkat setelah dilakukan evaluasi dari pelaksanaan tindakan (implementasi) mobilisasi progresif yang dilakukan selama 15-20 menit tindakan setiap harinya.

4.1.4 Rencana Tindak Lanjut

Rencana tindak lanjut untuk perawat agar dapat melanjutkan intervensi tindakan mobilisasi progresif kepada klien atau memotivasi keluarga klien agar dapat melanjutkan intervensi tersebut setelah mengamati tindakan yang telah dilakukan ners muda selama tiga hari, agar status hemodinamik klien meningkat. Tindakan mobilisasi progresif boleh dilakukan oleh anggota keluarga ataupun klien secara mandiri setelah klien mampu menggerakkan ekstremitas atas dan bawah secara mandiri ataupun disesuaikan dengan kondisi klien. Dimana manfaat dari tindakan mobilisasi progresif dapat membantu meningkatkan fungsi organ-organ tubuh dan melatih kekuatan otot klien. Perawat juga harus memantau kondisi klien dan status hemodinamiknya setiap hari, bahkan setiap pergantian shift untuk mengetahui perkembangan kondisi klien.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Analisis Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke hemoragic dengan Penurunan Status Hemodinamik

Pengkajian dilakukan pada hari Senin, 18 maret 2024 pukul 11.00 WITA terhadap Ny. S dengan diagnosa medis *stroke hemoragic*. Pengkajian fisik yang dilakukan pada klien dengan stroke hemoragic, yaitu terutama pada pemeriksaan B6 : B1 (*breathing*) : 10 kali/menit; SPO₂ : 96% (dengan *simple mask* 6 LPM); B2 (*blood*) : nadi : 52 kali/menit, suhu :

34,9°C, tekanan darah : 80/48 mmHg, CRT : 4 detik; B3 (*brain*) : GCS : E2 V1 M3 dengan tingkat kesadaran stupor/sopor, B4 (*bladder*): warna urine klien ialah kuning, tidak ada distensi kandung kemih, terpasang kateter sejak masuk pada pukul 06.00 WITA. Jumlah urine saat dilakukan pengkajian : 15 cc; B5 (*bowel*) : lingkaran perut klien 91 cm, terdapat bunyi gerakan peristaltik usus yaitu 8 kali/menit, klien belum ada buang air besar sejak 3 hari yang lalu, terpasang NGT dan mampu; B6 (*bone*) : klien menggunakan alat bantu untuk berpindah yaitu brankar/bed dikarenakan kesulitan dalam bergerak. Klien mengalami kesulitan bergerak dan tidak ada aktivitas fisik atau latihan gerak sejak 2 minggu yang lalu dan segala aktivitas dibantu oleh istri dan anak klien. Pemeriksaan penunjang pada tanggal 25 Februari 2023, dimana leukosit mengalami penurunan : leukosit : 12.31 ribu/ul (normal 4.0 – 10.5 ribu/ul).

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di negara industri setelah penyakit arteri koroner (13%) dan kanker (12%). Prevalensi stroke bervariasi di berbagai belahan dunia (Mutiarasari, 2019). Jumlah orang yang menderita stroke di seluruh dunia meningkat setiap tahunnya, dengan satu dari empat orang mengalami stroke dalam hidup mereka. Data dari *World Stroke Organization* menunjukkan terdapat 13,7 juta kasus stroke baru dan 5,5 juta kematian setiap tahunnya (Organization, 2021).

Klien stroke yang menderita kondisi gawat darurat memerlukan pemantauan status hemodinamik, seperti pemantauan kebugaran fungsi kardiovaskular. Hasil pengukuran hemodinamik ini dapat digunakan untuk menilai kondisi klien secepat mungkin sehingga caregiver dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk klien. (Astuti et al., 2022). Salah satu intervensi yang dapat menstabilkan hemodinamik adalah mobilisasi progresif Level I, dimana intervensi ini terbukti memberikan hasil yang

sangat baik dalam meningkatkan status klinis klien stroke dan klien sakit kritis yang dirawat di *Intensif Care Unit* (ICU).

Berdasarkan kasus tersebut, klien termasuk kategori stroke hemoragic, pendapat penulis dikuatkan dengan pernyataan bahwa stroke hemoragic dapat terdiagnosa apabila memiliki ≥ 2 kriteria dari SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*), diantaranya pada klien, yaitu : temperatur $< 36^{\circ}\text{C}$ (pada klien : $34,9^{\circ}\text{C}$), dan klien mengalami leukopenia (leukosit : 12.31 ribu/ul (normal 4.0 – 10.5 ribu/ul)). Pada pengkajian kasus keperawatan, namun mengalami penurunan kondisi setelah dilakukannya kemoterapi terakhir. Sehingga, pada faktor risiko yang muncul ialah klien memiliki sistem imun yang lemah dimana klien baru saja melalui pengobatan kemoterapi.

Dalam kondisi normal, hemodinamik akan selalu dipertahankan dalam kondisi yang fisiologis. Namun, pada klien-klien kritis mekanisme kontrol tidak melakukan fungsinya secara normal sehingga status hemodinamik tidak akan stabil. Pada klien stroke hemoragic dengan adanya komplikasi penyakit lain, hal ini akan membuat status hemodinamik klien menjadi tidak stabil (Muftilov, Kestriani & Pradian, 2020).

Pernyataan lain mengenai perubahan status hemodinamik pada klien juga terdapat pada penelitian dari Dina Aryanti (2020) menyatakan bahwa klien yang mengalami tirah baring dalam jangka waktu yang lama dapat mengakibatkan berbagai dampak negatif diantaranya penurunan kemampuan mandiri dan ketidakstabilan hemodinamik. Mobilisasi progresif efektif terhadap perubahan status fungsional dan hemodinamik pada klien tirah baring di ICU.

Dari hasil pengkajian, didapatkan data bahwa klien mengalami penurunan status hemodinamik dengan GCS E3V1M1 dan tingkat kesadaran sopor/stupor, tekanan darah : : 80/48 mmHg, nadi : 59 kali/menit, suhu : 34,9°C, *respiratory rate* : 10 kali/menit, SPO₂ : 96% (dengan *simple mask* 6 lpm LPM), MAP : 58 mmHg, CPP : 45 mmhg dan CRT : 4 detik. Data tambahan yang didapatkan, yaitu klien mengalami kesulitan bergerak dan tidak ada aktivitas fisik atau latihan gerak sejak 2 minggu yang lalu dan segala aktivitas dibantu oleh istri dan anak klien.

Berdasarkan hasil analisa tersebut, maka didapatkan kesimpulan bahwa masalah keperawatan yang ditemukan pada klien Ny. S adalah Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan Trauma kepala. Penekanan masalah keperawatan didasarkan pada analisa data dan batasan karakteristik yang ditemukan pada Ny. S pada saat pengkajian.

Batasan karakteristik yang dapat ditemukan pada Ny. S terkait dengan masalah keperawatan yang ditentukan adalah : klien tampak lemah, nadi menurun, akral teraba dingin, warna kulit pucat (SDKI, Kode : D.0017).

Berdasarkan hasil analisa di atas, perencanaan tindakan (intervensi) dan implementasi yang telah dilakukan ners muda adalah dengan melakukan tindakan mobilisasi progresif untuk meningkatkan status hemodinamik klien. Ners muda melakukan pengaplikasian tindakan, kemudian memberitahukan keluarga klien dan untuk dapat melakukan tindakan mobilisasi progresif setiap harinya, serta memberitahukan kepada perawat di ruangan yang menangani klien untuk dapat membantu melakukan tindakan tersebut dan melakukan pemeriksaan status hemodinamik pada klien untuk dapat mengetahui perkembangan kondisi klien.

4.2.2 Analisis Penerapan Tindakan Mobilisasi Progresif pada Klien Stroke hemoragic dengan Penurunan Status Hemodinamik

Hasil analisa dari pengkajian yang dilakukan pada klien Ny. S dapat dinyatakan bahwa masalah keperawatan yang diangkat adalah Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan trauma kepala dengan batasan karakteristik : klien tampak lemas, nadi menurun, akral teraba dingin, warna kulit pucat.

Hasil pengkajian yang didapatkan pada klien, yaitu klien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3V1M1 dan tingkat kesadaran sopor/stupor, tekanan darah : : 80/48 mmHg, nadi : 59 kali/menit, suhu : 34,9°C, *respiratory rate* : 10 kali/menit, SPO₂ : 96% (dengan *simple mask* 6 LPM), MAP : 58 mmHg, CPP : 45 mmhg dan CRT : 4 detik. Data tambahan yang didapatkan, yaitu klien mengalami kesulitan bergerak dan tidak ada aktivitas fisik atau latihan gerak sejak 2 minggu yang lalu dan segala aktivitas dibantu oleh istri dan anak klien. Hal tersebut juga berdampak pada kondisi klien dengan diagnosa stroke hemoragic dan mengalami penurunan status hemodinamik.

Dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, ners muda memilih intervensi mobilisasi progresif pada level 1 untuk menjadi intervensi bagi klien, karena klien mengalami penurunan kesadaran dan penurunan status hemodinamik, serta berdasarkan dari referensi yang telah ada menunjukkan bahwa tindakan mobilisasi profresif dapat digunakan untuk meningkatkan status hemodinamik. Intervensi ini nantinya juga dapat dilakukan secara mandiri baik oleh klien ketika mengalami peningkatan kesadaran dan peningkatan kekuatan otot, maupun oleh keluarga klien.

Alat yang digunakan juga cukup mudah untuk dicari, yaitu bantal untuk meninggikan kepala 30°. Metode ini selain mampu untuk meningkatkan status hemodinamik, juga mampu untuk meningkatkan fungsi organ-organ tubuh, melancarkan sirkulasi darah, meningkatkan fungsi otot dan mengurangi risiko dekubitus pada klien dengan atau yang memerlukan tirah baring dalam waktu lama (Simanjutak, 2021).

Implementasi keperawatan tindakan mobilisasi progresif dilakukan selama 3 hari, tindakan dilakukan selama kurang lebih 15-20 menit sesuai dengan SOP dalam sehari 2 kali. Proses implementasi tindakan mobilisasi progresif tidak mengalami hambatan apapun. Hal tersebut terjadi karena keluarga klien sangat kooperatif dan klien sudah diinformasikan saat sadar sepenuhnya dan bersedia untuk dilakukannya tindakan.

Evaluasi tindakan mobilisasi progresif pada hari senin, 18 Maret 2024 pukul 11.00, untuk data subjektif belum bisa didapatkan karena klien masih mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3V1M1 dan tingkat kesadaran sopor/stupor. Data objektif didapatkan data status hemodinamik mengalami peningkatan setelah dilakukannya tindakan dengan hasil : tekanan darah : 82/49 mmHg, nadi : 59 kali/menit, suhu : 35,2°C, *respiratory rate* : 12 kali/menit, SPO₂ : 97% (dengan *simple mask* 6 LPM), MAP : 60 mmHg, CPP : 47 mmhg dan CRT : 4 detik.

Evaluasi tindakan mobilisasi progresif pada hari selasa, 19 Maret 2024 pukul 16.00, untuk data subjektif tidak didapatkan. Data objektif didapatkan data GCS dan tingkat kesadaran klien membaik, yaitu GCS E3V2M3 dengan tingkat kesadaran delirium. Status hemodinamik mengalami peningkatan setelah dilakukannya tindakan dengan hasil :

tekanan darah : 90/65 mmHg, nadi : 73 kali/menit, suhu : 35,4°C, *respiratory rate* : 16 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan simple mask 6 lpm), MAP : 73 mmHg, CPP : 60 mmhg dan CRT : 3 detik.

Evaluasi tindakan mobilisasi progresif pada hari rabu, 20 maret 2024 pukul 09.00, untuk data subjektif klien mengatakan “iya” saat ditanya oleh ners muda “apakah badan ibu sudah merasa agak nyaman?” dan klien menjawab “tidak” saat ditanya “bagaimana kondisi tangan dan kaki, apakah sulit digerakkan?” klien menjawab “iya”. Data objektif didapatkan data GCS dan tingkat kesadaran klien membaik, yaitu GCS E3V5M4 dengan tingkat kesadaran kualitatif : composmentis, selain itu kekuatan otot klien juga meningkat, dimana klien dapat mengangkat tangannya secara perlahan. Status hemodinamik mengalami peningkatan setelah dilakukannya tindakan dengan hasil : tekanan darah : 92/63 mmHg, nadi : 81 kali/menit, suhu : 36,0°C, *respiratory rate* : 18 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm), MAP : 72 mmHg, CPP : 59 mmhg dan CRT : 2 detik

Selama tiga hari dilakukan tindakan mobilisasi progresif pada klien, terdapat perubahan pada status hemodinamiknya, seperti meningkatnya tekanan darah, nadi, suhu, *respiratory rate*, SPO₂ dan nilai MAP klien dari sebelum dilakukannya tindakan. Hal ini membuktikan bahwa tindakan mobilisasi progresif dapat menjadi tindakan keperawatan untuk membantu meningkatkan kinerja jantung dan pembuluh darah sehingga menimbulkan respon hemodinamik yang baik.

Pernyataan di atas sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Amalia Suryani tahun 2019 dengan judul “Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I Terhadap Peningkatan Frekuensi Denyut Jantung Pada Klien Bradikardi Di Rsud M.Yunus Bengkulu” yang menyatakan bahwa pengaruh sistem tubuh dapat terjadi karena ketika klien diberikan

perubahan posisi maka secara fisiologis tubuh akan beradaptasi untuk mempertahankan kardiovaskular homeostatis. Sistem kardiovaskular biasanya melakukan penyesuaian dengan dua cara yaitu dengan perubahan volume plasma yang dapat menyebabkan transmisi pesan kepada sistem saraf *autonomic* untuk merubah elastisitas pembuluh darah, atau dengan respon yang diberikan oleh telinga bagian dalam atau respon vestibular yang mempengaruhi sistem kardiovaskular selama perubahan posisi.

Klien sakit kritis pada umumnya memiliki elastisitas pembuluh darah yang jelek, siklus umpan balik *autonomic* yang tidak berfungsi dan atau cadangan kardiovaskular yang rendah. Seringnya, klien ditinggalkan pada posisi tidak berubah untuk periode waktu yang lama dan menetapkan sebuah “*gravitasi equilibrium*” dari waktu ke waktu, sehingga semakin sulit untuk beradaptasi pada perubahan posisi dan status hemodinamiknya. Untuk klien yang status hemodinamiknya tidak seimbang dan tidak bisa berpindah secara manual, solusi yang dapat disarankan adalah dengan melatih klien untuk toleransi perubahan posisi dari pada membiarkannya dalam posisi supinasi.

Hasil penelitian dari Amalia Suryani (2019) didapatkan rerata perbedaan frekuensi denyut jantung sebelum dan setelah dilakukan mobilisasi progresif level I yaitu terjadi peningkatan sebesar 1,8. Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p value* $0.001 < 0.05$, artinya ada perbedaan signifikan rerata frekuensi denyut jantung sebelum dan setelah dilakukan mobilisasi progresif pada klien yang mengalami bradikardi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahyu Rima Agustin, Gatot Suparmanto dan Wahyuningsih Safitri tahun 2020 yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Progresif Terhadap Status Hemodinamik Pada Klien Kritis Di Intensive Care Unit” didapatkan hasil bahwa ada

perbedaan yang bermakna antara *Heart Rate* (HR), *Respiratory Rate* (RR), saturasi oksigen (SaO₂) tekanan darah dan *Mean Arterial Pressure* (MAP) sebelum dan sesudah pemberian mobilisasi progresif (p value 0,000 dan $0,037 \leq 0,05$) berarti mobilisasi progresif mempengaruhi status hemodinamik pada klien kritis di RSUD Karanganyar. Nilai t negatif menunjukkan bahwa *Heart Rate* (HR), *Respiratory Rate* (RR), saturasi oksigen (SaO₂), tekanan darah dan *Mean Arterial Pressure* (MAP) sebelum mobilisasi progresif lebih rendah dibandingkan setelah mobilisasi progresif.

Penelitian yang dilakukan oleh Ani Astuti, Rasyidah AZ dan Satria Akbar Wibowo tahun 2022 yang berjudul “Mobilisasi Progresif Level I Menstabilkan Tekanan Darah Dan Saturasi Oksigen Klien Stroke” menyatakan bahwa salah satu intervensi yang dapat menstabilkan hemodinamik adalah mobilisasi progresif level I, dimana tindakan ini terbukti memiliki hasil yang sangat baik dalam meningkatkan status klinikal klien stroke dan klien kritis yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

Mobilisasi progresif level 1 merupakan tindakan yang dilakukan secara bertahap berurutan dengan posisi awal Head of Bed 30° selanjutnya klien diposisikan miring ke kiri dan ke kanan. Tindakan ini memberikan dampak yang positif pada berbagai sistem tubuh. Pada sistem pernafasan tindakan ini dapat memperbaiki fungsi pernafsaan seperti frekuensi nafas, irama, ventilasi alveolar, dan pengembangan diafragma. Hal ini dapat memperbaiki transpor oksigen ke seluruh tubuh dan berdampak terhadap saturasi oksigen klien. Selain itu proses sirkulasi darah dapat pula dipengaruhi oleh posisi tubuh terhadap gravitasi. Sehingga fungsi perfusi, difusi, dan distribusi aliran darah serta oksigenasi dapat terpenuhi ke seluruh tubuh.

Hasil yang didapatkan dari penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh progresif mobilisasi level I pada tekanan darah dengan P- value 0.000 dimana terjadi penurunan tekanan darah sistolik maupun diastolik sebesar 10 mmHg dan pengaruh progresif level I terhadap saturasi oksigen dengan P-value 0,000, dimana terjadi peningkatan saturasi oksigen sebanyak 2%.

Dari ketiga penelitian di atas sejalan dengan intervensi penulis, dimana setelah diberikan intervensi mobilisasi progresif didapatkan hasil bahwa setelah diterapkan intervensi tersebut selama tiga hari, terdapat peningkatan status hemodinamik. Pada hari pertama : tekanan darah sebelum dilakukan tindakan : 80/48 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 82/49 mmHg. Nadi sebelum dilakukan tindakan : 52 kali/menit; setelah dilakukan tindakan : 80/48 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 82/49 mmHg. Nadi sebelum dilakukan tindakan : 52 kali/menit; setelah dilakukan tindakan : 59 kali/menit. Suhu sebelum dilakukan tindakan : 34,9°C; setelah dilakukan tindakan : 35,2°C. *Respiratory rate* sebelum dilakukan tindakan : 10 kali/menit; setelah dilakukan tindakan : 12 kali/menit. SPO₂ sebelum dilakukan tindakan : 96% (*dengan simple mask* 6 LPM); setelah dilakukan tindakan : 97% (*dengan simple mask* 6 LPM). MAP sebelum dilakukan tindakan : 58 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 60 mmHg. CPP sebelum dilakukan tindakan : 45 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 47 mmHg.

Pada hari kedua tekanan darah sebelum dilakukan tindakan : 87/59 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 90/65 mmHg. Nadi sebelum dilakukan tindakan : 66x/menit; setelah dilakukan tindakan : 73 kali/menit. Suhu sebelum dilakukan tindakan : 35,2°C; setelah dilakukan tindakan : 35,4°C. *Respiratory rate* sebelum dilakukan tindakan : 13 kali/menit; setelah dilakukan tindakan : 16 kali/menit. SPO₂ sebelum

dilakukan tindakan : 98% (dengan *simple mask* 6 lpm); setelah dilakukan tindakan : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm). MAP sebelum dilakukan tindakan : 68 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 73 mmHg. CPP sebelum dilakukan tindakan : 55 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 60 mmHg.

Pada hari ketiga dengan hasil tekanan darah sebelum dilakukan tindakan : 89/60 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 92/63 mmHg. Nadi sebelum dilakukan tindakan : 77 kali/menit; setelah dilakukan tindakan : 81 kali/menit. Suhu sebelum dilakukan tindakan : 35,7°C; setelah dilakukan tindakan : 36,0°C. *Respiratory rate* sebelum dilakukan tindakan : 16 kali/menit; setelah dilakukan tindakan : 18 kali/menit. SPO₂ sebelum dilakukan tindakan : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm); setelah dilakukan tindakan : 99% (dengan *simple mask* 6 lpm). MAP sebelum dilakukan tindakan : 69 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 72 mmHg. CPP sebelum dilakukan tindakan : 56 mmHg; setelah dilakukan tindakan : 59 mmHg.

4.2.3 Alternatif Pemecahan Masalah

Tindakan mobilisasi progresif merupakan salah satu tindakan non-farmakologis yang dapat diaplikasikan sebagai tindakan keperawatan untuk membantu meningkatkan status hemodinamik klien, tidak hanya klien stroke hemoragic, akan tetapi klien ICU yang mengalami penurunan status hemodinamik dan dalam tirah baring yang lama. Perlu edukasi pada keluarga klien untuk tindakan ini agar tindakan pada tiap tahapnya dapat dilaksanakan secara maksimal. Persiapan dari sisi klien dan atau keluarga klien, yaitu dengan menjelaskan apa tindakan yang akan dilakukan, tujuan dari tindakan mobilisasi progresif dilakukan dan ners muda juga melakukan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya klien harus tetap dilakukan pergerakan baik pada saat penurunan kesadaran maupun saat psaien dalam kondisi sadar, serta motivasi pada

keluarga klien untuk tetap dapat melakukan tindakan mobilisasi progresif pada klien setiap harinya baik saat klien di rumah sakit, maupun saat klien pulang ke rumah.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 Pengkajian terhadap Ny. S dengan diagnosa medis stroke hemoragic, keluhan utama penurunan kesadaran. Klien mengalami perburukan kondisi setelah melakukan kemoterapi. Didapatkan hasil pengkajian tanda-tanda vital : Tekanan darah : 80/48 mmHg, Nadi : 52 kali/menit, Pernapasan : 10 kali/menit, SPO₂ 96% (dengan *simple mask* 6 LPM), Suhu : 34,9°C, MAP : 58 mmHg, CPP : 45 mmhg, GCS : E3 V1 M1 dan tingkat kesadaran stupor/sopor. kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah, kanan-kiri : 2. Klien mengalami kesulitan bergerak dan tidak ada aktivitas fisik atau latihan gerak sejak 2 minggu yang lalu dan segala aktivitas dibantu oleh istri dan anak klien.
- 5.1.2 Diagnosa keperawatan yang diangkat pada klien yaitu Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan trauma kepala (SDKI, Kategori : Kode : D.0017).
- 5.1.3 Intervensi keperawatan penulis memilih tindakan mobilisasi progresif menjadi intervensi yang diterapkan pada klien karena klien mengalami penurunan kesadaran dan penurunan status hemodinamik, serta berdasarkan referensi yang telah ada.
- 5.1.4 Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah tindakan mobilisasi progresif. Tindakan tersebut dilakukan selama tiga hari berturut-turut dengan estimasi waktu tindakan kurang lebih 15-20 menit dalam sehari 2 kali.

5.1.5 Evaluasi

Evaluasi yang didapatkan pada hari pertama dengan data : GCS E3V1M1 dan tingkat kesadaran sopor/stupor, tekanan darah : 82/49 mmHg, nadi : 59 kali/menit, suhu : 35,2°C, *respiratory rate* : 12 kali/menit, SPO₂ : 97% (dengan *simple mask* 6 LPM), MAP : 60 mmHg, CPP : 47 mmhg dan CRT : 4 detik. Pada hari kedua : tingkat kesadaran klien membaik, yaitu GCS E3V2M3 dengan tingkat kesadaran delirium, tekanan darah : 90/65 mmHg, nadi : 73 kali/menit, suhu : 35,4°C, *respiratory rate* : 16 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan oksigen *simple mask* 6 lpm), MAP : 73 mmHg 60 mmhg dan CRT : 3 detik. Pada hari ketiga : GCS dan tingkat kesadaran klien membaik, yaitu GCS E3V5M4 dengan tingkat kesadaran kualitatif : compomentis, tekanan darah : 92/63 mmHg, nadi : 81 kali/menit, suhu : 36,0°C, *respiratory rate* : 18 kali/menit, SPO₂ : 99% (dengan oksigen *simple mask* 6 lpm), MAP : 72 mmHg, CPP : 59 mmhg dan CRT : 2 detik.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga klien mampu melakukan teknik mobilisasi progresif secara mandiri sebagai tindakan non-farmakologis dalam peningkatan status hemodinamik klien atau keluarga yang mengalami penurunan skala otot dan pergerakan, penurunan kesadaran serta penurunan status hemodinamik.

5.2.2 Bagi Ruang ICU

Diharapkan perawat di ruangan dapat melakukan tindakan mobilisasi progresif sebagai tindakan keperawatan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran dan dengan tirah baring yang lama untuk meningkatkan status hemodinamik klien, dengan memperhatikan kontraindikasinya.

5.2.3 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit dengan menerapkan pemberian teknik mobilisasi progresif secara konsisten untuk membantu meningkatkan status hemodinamik pada klien yang mengalami penurunan kesadaran dan dengan tirah baring yang lama.

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan referensi bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian dengan kasus dan judul serupa, namun dengan intervensi lain atau melakukan intervensi yang sama dengan tujuan yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Agusrianto dan Niva R. (2020). Penerapan Latihan *Range of Motion* (ROM) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas pada Klien dengan Kasus Stroke. *JIKA: Jurnal Kesehatan Ilmiah*, Vol. 2(2): 61-66.
- Agustin, W. R., Gatot S. dan Wahyuningsih S. (2020). Pengaruh Mobilisasi Progresif Terhadap Status Hemodinamik Pada Klien Kritis di Intensive Care Unit. *Avicenna : Journal of Health Research*, Vol 3(1): 20-27.
- Ardiansyah, A. O. (2021). *Edisi 2 Dasar-Dasar Onkologi dan Hallmark Of Cancer Dari Teori Preklinik Hingga Aplikasi Klinik*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Astuti, A, Rasyidah A. Z dan Satria A. W. (2022). Mobilisasi Progresif Level I Menstabilkan Tekanan Darah dan Saturasi Oksigen Klien Stroke. *Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, Vol 7(3): 599-606.
- Dewi. N. L. P. T., dan Puspawati, N. L. P. D. (2022). *Perawatan Holistik pada Pasien Kronis*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.
- Handriana, I. (2018). *Keperawatan Anak*. Cirebon : LovRinz Publishing.
- Hastuti, H, Nanda R. O. S dan Popy I. (2022). Penerapan Intervensi Keperawatan Passive Leg Raising Sebagai Parameter Responsivitas Cairan Pada Klien Dengan Masalah Stroke hemoragic. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*, 6(1): 26-39
- Hidayati, A. N, Muhammad I. A. A dan Alfian N. R. (2018). *Gawat Darurat Medis dan Bedah*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Indar, A. & Arifin, M. A. (2020) *Etika Penelitian Kesehatan Masyarakat*. Cetakan I. Pustaka Pelajar.
- Jayanti, R. (2018). *Mobilisasi Progresif Level I Dapat Menstabilkan MAP dan SaO₂ Klien Penurunan Kesadaran*. Naskah Publikasi, Prodi S1 Terapan Keperawatan Semarang, Jurusan Keperawatan, POLTEKKES KEMENKES Semarang.
- Komisi Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) *Pedoman dan Standar Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional*. 1st edn, Kementerian Kesehatan RI. 1st edn. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Available

at: <http://www.depkes.go.id/article/view/17070700004/program-indonesia-sehat-dengan-pendekatan-keluarga.html>.

- Lestari, A. E., Wahyu R. A. dan Gatot S. (2020). Pengaruh Mobilisasi Progresif Terhadap Status Hemodinamik pada Klien Kritis di ICU RSUD Karanganyar. *Jurnal Stikesmus Avicenna : Journal of Health Research*, 5(2): 1 – 10.
- Menaldi, S. L., *et al.* (2018). *Skin Infections : Must Known Disease*. Malang : Universitas Brawijaya Press (UB Press).
- Muhtilov, O, Nutrian D. K. dan Erwin P. (2020). Laporan Kasus : Manajemen Hemodinamik pada Klien Syok Septik. *Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif: Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran RS Dr. Hasan Sadikin Bandung*.
- Munandar, A. (2022). *Keperawatan Kegawatdaruratan dan Keperawatan Kritis*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Pepi, N. (2022). *Epidemiologi stroke hemoragic*, via Alomedika : https://www.alomedika.com/penyakit/icu/stroke_hemoragic/epidemiologi, diakses pada 16 Maret 2023 jam 13.50.
- Purnomo, H., Mu'awanah dan Muhammad N. M. (2019). *Pengaruh Latihan Peregangan Kaki (Stretching Exercises) terhadap Perfusi Perifer Luka Ulkus pada Penderita Diabetes Melitus Di RSUD dr. R Soetijono Blora*. Naskah Publikasi Penelitian Dosen Pemula, Jurusan Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan Blora POLTEKKES KEMENKES Semarang.
- Rosyid, A. N, Isnin A. M. dan Helmia H. (2020). *Bunga Rampai Kedokteran Respirasi 2020*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Sari, N. K. (2022). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Kardiopulmonal*. Pekalongan : PT Nasya Expanding Management.
- Septianing, P. A. (2021). Asuhan Keperawatan Ny. R dengan Diagnosa Medis Stroke hemoragic di Ruang ICU Central RSPAL. *Karya Ilmiah Akhir : Program Profesi Ners, STIKES Hang Tuah Surabaya*.
- Sianturi, R., Chaterina J. P. dan Rudi H. (2022). *Gambaran Kesadaran pada Klien di ICU RSUD R. A. Basoeni Kabupaten Mojokerto*. Skripsi S1 Keperawatan, STIKES PPNI: Kabupaten Mojokerto.
- Simanjutak, B. C. M. R. (2021). *Literature Review : Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I Terhadap Saturasi Oksigen Klien Kritis dengan Penurunan*

Kesadaran di Ruang Intensive Care Unit. Skripsi, POLTEKKES KEMENKES Medan Prodi Sarjana Terapan, Jurusan Keperawatan.

Sitrait, R. H. (2020). *Buku Ajar Pemantauan Hemodiamik Klien*. Jakarta: UKI Press.

Soegijanto, S. (2018). *Kumpulan Makalah Penyakit Tropis dan Infeksi di Indonesia Jilid 8*. Surabaya: Airlangga University Press.

Sucipto, C. D. (2020) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. 1st edn. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: CV Alfabeta.

Suryani, A. (2019). Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I Terhadap Peningkatan Frekuensi Denyut Jantung Pada Klien Bradikardi Di Rsud M.Yunus Bengkulu. *Undergraduate Thesis*. KEMENKES RI, POLTEKKES Bengkulu.

Sutisna, A. (2021). *Metode Penelitian Kualitatif Bidang Pendidikan*. Jakarta Timur: UNJ Press.

Sya'bani, M. F., Muhammad B. dan Meiliati A. (2021). Faktor yang Berhubungan dengan Stroke hemoragic pada Klien Anak di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Verdure*, 3(2): 27 – 37.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) Edisi I*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Edisi I Cetakan II*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Edisi I Cetakan II*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat.

Wahyuningsih, S., et al. (2022). *Penyakit Akibat Kegawatdaruratan Obstetri*. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi.

Widyaningrum, N. A. (2021). WOC Stroke hemoragic. Via : Scribd. <https://www.scribd.com/document/514144618/WOC-Stroke> hemoragic#. Diakses pada Tanggal 17 April 2023 jam 22:46.

LAMPIRAN

Lampiran Lembar Penjelasan Penelitian dan Informed Consent

**LEMBAR PERSETUJUAN
MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Menyatakan telah mendapatkan penjelasan dan bersedia untuk berpartisipasi dalam studi kasus dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Hemoragic Dengan Penerapan Mobilisasi Progresif di Ruang ICU RSUD dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin”.

Mengenai hal-hal yang membuat keberatan, saya mempunyai kebebasan menghentikan keikutsertaan menjadi partisipan dalam penelitian ini tanpa ada ganti rugi apapun.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Banjarmasin,
Maret 2024

Peneliti

keluarga Responden

()

()

SURAT PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarokatuh.

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Program Studi Profesi Ners Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin:

Nama	: Saptuji Saputra
NIM	2314901110058
Alamat	: Jl. Brigen hasan basri kom kayu tangi 2, Banjarmasin Utara, Kalimantan Selatan
No. Telpon	083893542922

Akan mengadakan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui Analisis Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Hemoragic Dengan Penerapan Mobilisasi Progresif di Ruang ICU RSUD dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin”.

Penulis menjamin kerahasiaan, baik dalam hal identitas maupun semua pernyataan yang terlampir, untuk itu penulis tidak meminta Saudara/i untuk melampirkan nama sebenarnya.

Sebagai bukti kesediaan Bapak/Ibu/Saudara(i) menjadi responden dalam penelitian ini,saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan pada identitas responden. Bapak/Ibu/Saudara(i) juga diberi kebebasan untuk mengundurkan diri jika selama penelitian merasakan resiko yang disebutkan diatas atau terdapat suatu hal yang menyebabkan Anda berkeberatan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan. Atas partisipasi Anda penulis ucapkan terima kasih.

Banjarmasin, Maret 2024

(Saptuji Saputra)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSA
MEDIS POST CRANIOTOMY E.C ICH PRAKTIK PROFESI
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN KRITIS (PPKGK) DI
RSUD DR.H. MOCH ANSARI SALEH**



Disusun Oleh

Saptuji Saputra, S.Kep
2314901110058

Pembimbing Akademik

Izma Daud, Ns., M.Kep

Pembimbing Klinik

Syahdiman, S.Kep.,Ners

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN
TAHUN AKADEMIK 2023/2024**

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. IDENTITAS PASIEN

Nama Klien	: Ny. S	No Rm	: 50-88-xx
Usia	: 63 Tahun	Tanggal Masuk	: 29-03-2024 IGD
Jenis Kelamin	: Perempuan	Diagnosa Medik	: Post craniotomy e.c ICH

B. RIWAYAT KESEHATAN :

Keluarga pasien mengatakan bahwa sebelumnya kondisi Ny. S sangat baik namun saat ditemui pasien sudah terbaring dilantai disertai adanya muntah darah dan pasien saat itu sudah tidak sadarkan diri. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa kejadian tersebut baru diketahui jam 15.00 WITA dan pasien langsung dibawa ke klinik. Setelah itu klinik langsung merujuk ke RSUD Dr. Moch Ansari Saleh. pasien Perawat ruangan mengatakan bahwa pasien merupakan post op craniotomy. Pada tanggal 18 Maret 2023 jam 11.30 WITA telah dilakukan pengkajian pada Ny. S yang mana berdasarkan hasil observasi Ny S tampak adanya dahak, sesak nafas, kadang-kadang suara gurgling (+),pasien tampak lemah,pasien mempunyai kelemahan anggota tubuh sebelah kiri serta pasien mengalami penurunan kesadaran.

C. KELUHAN UTAMA:

Pada tanggal 18 Maret 2024 di lakukan pengkajian pasien tampak terlihat sesak napas dan pasien penurunan kesadaran, pasien tampak lemah, pasien ada kelemahan anggota sebelah kiri.

D. KEADAAN UMUM :

Pasien dengan tingkat kesadaran sopor dan nilai GCSnya yaitu E3M1V1 dengan ukuran pupil 2/2. Pasien nampak terbaring lemah di bed. Pasien nampak adanya edema di kedua tangan dan kakinya dengan pitting edema grade 2 (3-4 mm). Akral teraba dingin, kulit pucat.

E. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU :

Pasien mempunyai penyakit riwayat hipertensi, stroke dan ginjal 2 tahun yang lalu.

F. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA :

Riwayat keluarga mempunyai penyakit hipertensi

G. PENGKAJIAN

a. Berisi data yang terfokus pada kegawatdaruratan klien

PENGAJIAN KEPERAWATAN PASIEN ICU	Nama : Ny.S
	No. RM : 50-88-XX
	Tgl.Lahir : 08-06-1960
	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input checked="" type="checkbox"/> Perempuan
Tanggal : Senin, 18 Maret 2024	Jam : 11:30 WITA
Sumber data : <input type="checkbox"/> Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Keluarga	
Rujukan <input type="checkbox"/> Tidak : <input checked="" type="checkbox"/> Ya, <input type="checkbox"/> Puskesmas... <input checked="" type="checkbox"/> Dokter ...	
Diagnosis rujukan : Post craniotomy e.c ICH	
Pendidikan Pasien : <input type="checkbox"/> SD <input checked="" type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA/SMK <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> S1	
Pekerjaan Pasien : Pasien ibu rumah tangga	

H. PEMERIKSAAN FISIK

a. Sistem Pernapasan :

Jalan napas terdapat sumbatan berupa sputum. Pernapasan RR 10 x/menit, SpO2 96%, pasien terpasang oksigen 6 lpm menggunakan *simple mask*. Irama napas teratur, terdapat sputum yang tidak dapat dikeluarkan. Terdapat suara napas tambahan ronkhi dikedua lapang paru.

b. Sistem Kardiovaskuler : Sirkulasi Perifer

Nadi 52 kali/menit, Tekanan darah 80/48 mmHg, akral dingin, warna kulit pasien tampak pucat. CRT >4 detik. Nadi perifer teraba lemah.

c. Sirkulasi Jantung Hasil EKG

Tidak terdapat tekanan vena jugularis, irama teratur, tidak terdapat nyeri dada dan perdarahan.

d. Sistem Saraf Pusat

Tingkat kesadaran pasien sopor dengan nilai GCS E3M1V1. Kekuatan otot 2 dan pasien tidak ada nyeri.

2222 | 2222
2222 | 2222

e. Sistem Gastrointestinal

Tidak terdapat distensi abdomen, lingkaran perut pasien tidak terkaji. Terdapat peristaltic usus 8 kali/menit, pasien tidak ada defekasi hari ini.

f. Sistem Perkemihan

Warna urin pasien kuning, tidak ada distensi kandung kemih, pasien menggunakan kateter dimulai pada tanggal 19 maret 2024. UT 24 jam :

2771 cc, UT/ jam : 15 cc, Diuresis : 1,6. Balance cairan : 2037-3346=-1429

g. Obstetri & Ginekologi

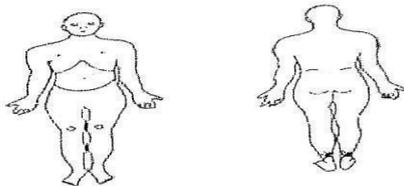
Pasien tidak hamil

h. Sistem Hematologi

Tidak terdapat perdarahan gusi, nasal, pethecia dan echimosis

i. Sistem Muskuloskeletal & Integument

- Turgor Kulit : Tidak Elastis Elastis
- Terdapat luka : Tidak Ya, Lokasi luka



Lokasi luka / Lesi lain

- Fraktur : Tidak Ya, Lokasi Fraktur :
- Kesulitan bergerak : Tidak Ya
- Skala Aktivitas : 3 (Dibantu Orang Lain dan alat)
- Skala Otot : 2222 | 2222
-2222 | 2222
- Skoring tekanan kulit : 2-3
- Penggunaan alat bantu : Tidak Ya, Nama alat :

j. Alat Invasif yang digunakan

- IV Line : Tidak Ya/inf nacl 0,9% 500 cc,Dfluid 500 cc,Frocorozole 100 cc
- NGT : Tidak Ya, 250/8 jam/Diet : 50 cc
- ETT : Tidak Ya,
- Ventilator : Tidak Ya

I. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

a. Psikososial

i. Komunitas yang diikuti :

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sebelum sakit sering beraktivitas dirumah saja dan kadang bersama warga yang berada di lingkungan rumah

ii. Koping : Menerima Menolaki Kehilangan Mandiri

iii. Afek : Gelisah Insomnia Tegang Depresi apatis

iv. HDR : Emosional Tidak berdaya Rasa Bersalah

v. Persepsi Penyakit : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dan keluarga menerima apa yang terjadi

vi. Hubungan keluarga harmonis : Tidak Ya,Orang terdekat : Suami

b. Spiritual

Keluarga pasien mengatakan keluarga berdoa untuk kesembuhan pasien dan ketika pasien sehat biasanya pasien diajak untuk ikut pengajian disekitar rumahnya.

J. KEBUTUHAN EDUKASI

Pasien mengalami hambatan dalam proses pembelajaran karena kondisi pasien mengalami penurunan kesadaran. Namun untuk keluarga pasien tidak ada hambatan dalam pembelajaran atau edukasi serta tidak memerlukan penerjemah.

K. RISIKO CEDERA / JATUH

Berdasarkan hasil pengkajian, pasien memiliki risiko jatuh tinggi yaitu 29 yang

diukur menggunakan ontario.

L. STATUS FUNGSIONAL

Aktivitas dan mobilisasi pasien perlu bantuan. Pasien selama di ruang ICU dibantu total dalam hal personal hygiene, kebutuhan nutrisi, kebutuhan toileting dan lainnya.

M. SKALA NYERI

Pasien tidak mengalami nyeri.

N. TERAPI

Obat obatan pada tanggal 18 maret 2024

Nama Obat	Komposisi	Golongan obat	Indikasi/Kontraindikasi	Dosis	Cara pemberian
Inf. NaCl	Inf. NaCl 0.9%	Obat Keras	Indikasi : Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada keadaan dehidrasi Kontraindikasi : Kondisi dimana pemberian natrium klorida dapat membahayakan. Gagal jantung kongestif	1000 cc/24 jam	IV
Inf Parasetamol	Parasetamol	Analgesik, antipiretik.	Indikasi: Penurun demam, analgesik. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap parasetamol.	3x1	IV
Inj. Meropenem	Meropenem	Antibiotik, beta-laktam.	Indikasi: Infeksi bakteri, seperti pneumonia, infeksi saluran kemih. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap meropenem atau antibiotik beta-laktam lainnya.	2x1	Injeksi
Inj. Citicolin	Citicolin	Suplemen nutrisi untuk sistem saraf.	Indikasi: Gangguan fungsi kognitif, gangguan sirkulasi otak. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap citicolin.	2x250 mg	Injeksi
Fenitoin	Fenitoin	Obat Keras	Indikasi : Obat antikonvulsan untuk mengendalikan kejang pada penderita epilepsi dan trigeminal neuralgia Kontraindikasi : riwayat hipersensitivitas terhadap phenytoin atau hepatotoksitas akibat phenytoin.	3x100	Injeksi
Inj. Omeprazole	Omeprazole	Penghambat pompa proton.	Indikasi: Ulkus lambung, refluks gastroesofageal. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap omeprazole atau penghambat pompa proton lainnya.	1x40 mg	Injeksi

Inj. Olanzepine	Olanzepine	Antipsikotik.	Indikasi: Skizofrenia, gangguan bipolar. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap olanzapine atau komponen lainnya	K/P	Injeksi
Albumin 20%	Albumin	Plasma expander.	Indikasi: Hipoproteinemia, edema. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap albumin.	1 btl	Infus
B.Complex	Vitamin B1 (tiamin), B2 (riboflavin), B3 (niacin), B5 (asam pantotenat), B6 (piridoksin), B7 (biotin)	Obat Keras	Indikasi : Memecah lemak dan karbohidrat menjadi energi, membantu tubuh memanfaatkan vitamin lainnya Kontraindikasi : Alergi terhadap B.Complex	2x1	Oral
Vip Albumin	Vip Albumin	Obat Keras	Indikasi : Suplemen yang mengandung albumin dari ekstrak ikan gabus yang berfungsi untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan kadar albumin dan hemoglobin Kontraindikasi : Alergi terhadap vip albumin atau ekstrak ikan gabus	3x1	Oral
Candesartan	Kloropiridinium	Obat Keras	Indikasi : Sebuah alkali yang mengurangi tekanan darah dan mengatasi gagal jantung	32 mg 1-0-0	Oral
Amplodipin	Amplodipin	Obat Keras	Indikasi : Obat untuk menurunkan tekanan darah tinggi yang termasuk ke dalam golongan calcium channel blocker Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap amlodipin	10 mg 0-0-1	Oral
Resfar	Acetylcysteine	Obat Keras	Indikasi : Untuk mengatasi batuk, pilek	1200ms/Ns 100 cc	Oral

			Kontraindikasi : hipersensitivitas pada resfar	1x1	
Furosemide	Furosemide	Obat Keras	Indikasi : Untuk menurunkan tekanan darah tinggi, dan mencegah stroke, serangan jantung, serta gangguan ginjal Kontraindikasi :Alergi dengan furosemide	1-0-0	Oral
Hydrochlorothiazide (HCT)	Hydrochlorothiazide	Obat Keras	Indikasi : Obat untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi dan mengurangi edema Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap hydrochlorothiazide	25 mg 0-1-0	Oral
Bisoprolol	Bisoprolol fumarate 5 mg	Obat Keras	Indikasi : Obat yang dapat mengurangi tekanan darah dan beban jantung, serta mencegah komplikasi stroke, serangan jantung, dan gangguan ginjal Kontraindikasi : Asma berat, blok atrioventrikular (AV) derajat 2 dan 3, sindrom sinus sakit dan alergi terhadap bisoprolol	25 mg 0-1-0	Oral
Oral Asam Folat	Asam Folat	Suplemen vitamin B	Indikasi: Anemia defisiensi folat. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap asam folat atau komponen lainnya.	1x1	Oral
Nebule combivent	Ventolin	Bronkodilator.	Indikasi: Asma bronkial, bronkospasme, menegencerkan dahak Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap salbutamol atau komponen lainnya.	4x1	Nebulizer

O. DATA PENUNJANG

Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan 18-03-2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hemoglobin	7.5 L	12-16	g/dl
Hematokrit	23.2 L	36-48	%
Eritrosit	2.37 L	4-5	Juta/uL
Leukosit	12.31 H	4.8-10.8	ribu/uL
Trombosit	695 H	150-400	ribu/uL
Limfosit%	6.7 L	17-48	%
Eosinofil %	0.0 L	2-4	%
Neutrofil%	91.6 H	46-73	%
Monosit	1.6 L	2-8	%
MCH	30.7	25.0-35.0	pg
MCV	96.4	31-37	g/gl
IG %	2.4	-	%
RDW-CV	13.7	11-16	%
GDS	108	<200	mg/dl
Albumin	2.6	3.8-5.1	gr/dl
Ureum	54	15-45	mg/dl
Creatinine	0.9	0.6-1.0	mg/dl
Natrium	133.4	136-145	g/gl
Kalium	4.55	3.5-5.1	g/gl

P. ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan batuk • Sputum berlebihan • Tampak adanya dahak dan sesak nafas, • Kadang-kadang suara gurgling (+) • RR 10 kali/menit • SpO2 96%, pasien terpasang oksigen 6 lpm menggunakan <i>simple mask</i>. • Terdapat suara napas tambahan ronkhi dikedua lapang paru. 	Sekresi yang tertahan	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif (SDKI, D.0001)
2.	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Klien tampak lemah , hanya terbaring di tempat tidur</p> <p>Kesadaran klien sopor</p> <p>GCS E3 M1V1</p> <p>TTV :</p> <p>Nadi : 52 kali/menit</p> <p>TD : 80/48mmHg</p> <p>RR : 10 kali/menit</p> <p>Spo2 : 96 %</p> <p>O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm</p> <p>MAP : 60 mmhg</p> <p>CPP : 47 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tidak berbicara 	Trauma kepala	Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak (SDKI,D.0017)
3.	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klien tampak mengalami kelemahan pada tangan dan kaki ▪ Skala kekuatan otot: <p>2222 2222</p> <p>2222 2222</p> <p>Ket:</p> <p>0 = tidak ada kontraksi</p> <p>1 = ada kontraksi</p> <p>2 = dapat bergerak dengan bantuan</p> <p>3 = dapat melawan gravitasi</p> <p>4 = dapat menahan tahanan ringan</p> <p>5 = dapat menahan tahanan penuh.</p> <p>Skala aktivitas:</p>	Gangguan neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik (SDKI,D.0054)

	3 (Dibantu Orang Lain dan alat)		
4	Faktor Risiko <ul style="list-style-type: none"> - Px tampak sesak nafas - Suara nafas gurgling - Terdapat sputum TTV : Nadi : 52x/menit TD : 80/48mmHg RR : 10x/menit Spo2 : 96 % O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm		Risiko Aspirasi (D.0006)
5	Faktor Risiko <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang infus • Terpasang NGT • Terpasang kateter 	Prosedur invasif (kateter, NGT dan IV),	Risiko infeksi (SDKi,D.0142)

Q. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan
2. Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan trauma kepala
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
4. Risiko Aspirasi
5. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

R. PERENCANAAN

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Produksi Sputum Berlebihan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam atau kurang bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil yaitu : (L.01002) <ol style="list-style-type: none"> a. Irama napas normal (5) b. Frekuensi nafas normal (5) c. Tidak ada akumulasi sputum (5) 	Manajemen Jalan Napas Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler

		d. Tidak ada suara nafas tambahan (5)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 2. Ajarkan Teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
2.	Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak b.d trauma kepala	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, klien menunjukkan status sirkulasi yang baik ditandai dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah dalam rentang yang normal (120/80 mmHg) 2. Kesadaran klien meningkat 3. Nilai GCS Meningkat 4. Meningkatnya hemodinamik pasien 5. Tidak ada gerakan involunter 	<p>Manajemen ketidak efektifan perfusi jaringan otak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Monitor tingkat kesadaran 3. Pertahankan posisi tirah baring atau head up 30⁰ 4. Melakukan mobilisasi progresif 5. Pertahankan lingkungan yang nyaman
3.	Hambatan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	<p>setelah dilakukan intervensikeperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Edukasi</p>

		3. Rentang gerak (ROM) meningkat	<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini
4	Risiko aspirasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko aspirasi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kemampuan menelan meningkat 	<p>Manajemen jalan nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift 4. Berikan oksigen
5	Resiko infeksi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam resiko infeksi dapat ditangani dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah perlukaan 	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan

S. CATATAN KEPERAWATAN
Senin, 18 Maret 2024

No. DX	Jam Tindakan	Tindakan	Evaluasi Tindakan	Paraf
Bersihan Nfas Tidak Efektif D.0001	11.00 WITA	<p>4. Memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>5. Memeriksa bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>6. Memposisikan semi-fowler</p> <p>7. Memberikan oksigen sebanyak 6 lpm</p> <p>8. Berkolaborasi dengan pemberian Nebulisasi (Combivent)</p>	<p>S:</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pola nafas regular dengan RR : 12 kali/menit • Bunyi napas gurgling • Pasien dengan posisi semi fowler • Pasien telah diberikan oksigen sebanyak <i>simple mask</i> 6 lpm dengan Spo2 97 % 9. Pasien telah diberikan nebulisasi sebanyak 1 kali 	saptuji
Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak (D.0017)	11.15 WITA	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital klien tiap 1 jam</p> <p>2. Memonitor tingkat kesadaran serta nilai GCS klien tiap 1 jam</p> <p>3. Memberikan posisi</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>.1.TD:82/48 mmHG, - N: 59 kali/menit, - R: 12 kali/menit ,</p> <ul style="list-style-type: none"> o SPO2 : 97% o O2 : 6 lpm <i>simple mask</i> o MAP : 60 mmhg o CRT : 4 detik <p>2.Nilai GCS E₃ M₁ V₁, Kesadaran klien sopor</p> <p>3.klien dalam posisi semifowler</p>	saptuji

		<p>semifowler pada klien</p> <p>4. Melakukan mobilisasi progresif</p> <p>5. Posisikan klien yang nyaman, berikan selimut serta ajak klien berbicara saat memberikan tindakan agar klien merasa nyaman</p>	<p>4. TD:82/48 mmHG, - N: 59 kali/menit, - R: 12 kali/menit , o SPO2 : 97% o O2 : 6 lpm <i>simple mask</i> o MAP : 60 mmhg o CRT : 4 detik -CPP : 47 mmhg</p> <p>5.klien dalam kondisi tidur</p>	
Hambatan mobilitas fisik (D.0054)	11.25 WITA	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital klien setiap 1 jam</p> <p>2. Mengkaji skala otot dan skala aktivitas klien</p> <p>3. Merubah posisi klien minimal 2 jam sekali</p> <p>4. Membantu klien menggerakkan sendi</p> <p>5..Menyeka klien serta memberikan makan melalui NGT</p>	<p>S: O: 1.- TD:82/49 mmHG, - N: 59 kali/menit, - R: 12 kali/menit , o SPO2 : 98% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm</p> <p>2.Klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat (skala aktivitas 3) ▪ Skala otot klien 2</p> <p>3.Klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung</p> <p>4.Klien dibantu melakukan ROM Pasif dengan menggerakkan tangan dan kaki</p> <p>5. Klien sudah dimandikan/diseka, klien sudah diberikan program nutrisi</p>	saptuji
Resiko Aspirasi (D.0006)	11.45 WITA	<p>1. Memonitor pola nafas (frekuensi,</p>	<p>S :- O : - Pola nafas irregular terdapat otot bantu nafas - Bunyi nafas gurgling</p>	saptuji

		<p>kedalaman, usaha napas)</p> <p>2. Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>3. Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift</p> <p>4. Memberikan oksigen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien diberikan posisi head tilt - Terpasang oksigen <i>simple mask</i> 6 lpm - Pernafasan pasien 12 kali/menit 	
Resiko Infeksi (D.0142)	12.00 WITA	<p>1. Melihat adanya tanda infeksi dari klien</p> <p>2. Mencuci tangan dengan hand rub sebelum dan sesudah berinteraksi dengan klien</p> <p>3. Menyampaikan pada keluarga jika ada yang berkunjung anjurkan untuk cuci tangan dengan hand rub yang tersedia</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>1. kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan</p> <p>2. Perawat sudah mencuci tangan</p> <p>3. Keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan</p>	saptuji

Selasa, 19 Maret 2024

No. DX	Jam Tindakan	Tindakan	Evaluasi Tindakan	Paraf
--------	--------------	----------	-------------------	-------

<p>Bersihan Nfas Tidak Efektif D.0001</p>	<p>16.00 WITA</p>	<p>10. Memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 11. Memeriksa bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 12. Memposisikan semi-fowler 13. Memberikan oksigen sebanyak 6 lpm 14. Berkolaborasi dengan pemberian Nebulisasi (Combivent)</p>	<p>S: O : • Pola nafas regular dengan RR : 16 kali/menit • Bunyi napas gurgling • Pasien dengan posisi semi fowler • Pasien telah diberikan oksigen sebanyak 6 lpm <i>simple mask</i> dengan Spo2 99 % 15. Pasien telah diberikan nebulisasi sebanyak 1 kali</p>	<p>saptuji</p>
<p>Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak (D.0017)</p>	<p>16.15ITA</p>	<p>1.Memonitor tanda-tanda vital klien tiap 1 jam 2.Memonitor tingkat kesadaran serta nilai GCS klien tiap 1 jam 3.Memberikan posisi semifowler pada klien 4.Makukan mobilisasi progresif 5.Posisikan klien yang nyaman, berikan selimut serta ajak klien</p>	<p>S: O: 1.- TD:90/65 mmHG, - N: 73 kali/menit, - R: 16 kali/menit , o SPO2 : 99% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm o MAP : 73 mmhg o CRT : 3 detik 2.Nilai GCS E₃ M₂ V₃, Kesadaran klien delirium 3.Klien dalam posisi semifowler 4. TD:90/65 mmHG, - N: 73 kali/menit, - R: 16 kali/menit , o SPO2 : 99% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm</p>	<p>saptuji</p>

		berbicara saat memberikan tindakan agar klien merasa nyaman	<ul style="list-style-type: none"> o MAP : 73 mmhg o CRT : 3 detik -CPP : 60 mmhg <p>5.Klien dalam kondisi sadar</p>	
Hambatan mobilitas fisik (D.0054)	16.25 WITA	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital klien setiap 1 jam</p> <p>2.Mengkaji skala otot dan skala ativitas klien</p> <p>3.Merubah posisi klien minimal 2 jam sekali</p> <p>4.Membantu klien menggerakkan sendi</p> <p>5..Menyeka klien serta memberikan makan melalui NGT</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>1.TD:90/65 mmHG, - N: 73 kali/menit, - R: 16 kali/menit ,</p> <ul style="list-style-type: none"> o SPO2 : 99% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm o MAP : 73 mmhg o CRT : 3 detik <p>2.Klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat(skala aktivitas 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skala otot klien 2 <p>3.Klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung</p> <p>4.Klien dibantu melakukan ROM Pasif dengan menggerakkan tangan dan kaki</p> <p>5. Klien sudah dimandikan/diseka, klien sudah diberikan program nutrisi</p>	saptuji
Resiko Aspirasi (D.0006)	16.45ITA	<p>1.Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2.Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p>	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas irregular terdapat otot bantu nafas - Bunyi nafas gurgling - Pasien diberikan posisi head tilt - Terpasang oksigen <i>Simple mask</i> 6 lpm - Pernafasan pasien 19 kali/menit 	saptuji

		3.Mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift 4.Memberikan oksigen		
Resiko Infeksi (D.0142)	17:00 WITA	1.Melihat adanya tanda infeksi dari klien 2.Mencuci tangan dengan hand rub sebelum dan sesudah berinteraksi dengan klien 3.Menyampaikan pada keluarga jika ada yang berkunjung anjurkan untuk cuci tangan dengan hand rub yang tersedia	S: O: 1.Kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan 2.Perawat sudah mencuci tangan 3.Keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan	saptuji

Rabu, 20 Maret 2024

No. DX	Jam Tindakan	Tindakan	Evaluasi Tindakan	Paraf
Bersihan Nfas Tidak Efektif D.0001	09.00 WITA	16. Memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 17. Memeriksa bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 18. Memposisikan semi-fowler 19. Memberikan oksigen sebanyak 6 lpm	S: O : • Pola nafas regular dengan RR : 18 kali/menit • Bunyi napas gurgling • Pasien dengan posisi semi fowler • Pasien telah diberikan oksigen sebanyak 6 lpm <i>simple mask</i> dengan Spo2 99 % 21. Pasien telah diberikan nebulisasi sebanyak 1 kali	saptuji

		20. Berkolaborasi dengan pemberian Nebulisasi (Combivent)		
Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak (D.0017)	09.15ITA	<p>1.Memonitor tanda-tanda vital klien tiap 1 jam</p> <p>2.Memonitor tingkat kesadaran serta nilai GCS klien tiap 1 jam</p> <p>3.Memberikan posisi semifowler pada klien</p> <p>4.Melakukan mobilisasi progresif</p> <p>5.Posisikan klien yang nyaman, berikan selimut serta ajak klien berbicara saat memberikan tindakan agar klien merasa nyaman</p>	<p>S: Klien mengatakan “iya” saat ditanya oleh ners muda “apakah badan ibu sudah merasa agak nyaman?” dan klien menjawab “tidak” saat ditanya “bagaimana kondisi tangan dan kaki, apakah sulit digerakkan?” dijawab pasien “iya”</p> <p>O:</p> <p>1- TD:92/63 mmHG, - N: 81 kali/menit, - R: 18 kali/menit , o SPO2 : 99% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm o MAP : 72 mmhg o CRT : 2 detik</p> <p>2.Nilai GCS E₃ M₅ V₄, Kesadaran klien kualitatif : composmentis 3.Klien dalam posisi semifowler</p> <p>4. TD:92/63 mmHG, - N: 81 kali/menit, - R: 18 kali/menit , o SPO2 : 99% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm o MAP : 72 mmhg o CRT : 2 detik -CPP : 59 mmhg</p> <p>5.Klien dalam kondisi sadar</p>	saptuji

<p>Hambatan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>09.25 WITA</p>	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital klien setiap 1 jam</p> <p>2. Mengkaji skala otot dan skala aktivitas klien</p> <p>3. Merubah posisi klien minimal 2 jam sekali</p> <p>4. Membantu klien menggerakkan sendi</p> <p>5. Menyeka klien serta memberikan makan melalui NGT</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD:92/63 mmHG, - N: 81 kali/menit, - R: 18 kali/menit , o SPO2 : 99% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm o MAP : 72 mmhg o CRT : 2 detik <p>2.Klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat(skala aktivitas 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skala otot klien 2 <p>3.Klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung</p> <p>4.Klien dibantu melakukan ROM Pasif dengan menggerakkan tangan dan kaki</p> <p>5. Klien sudah dimandikan/diseka, klien sudah diberikan program nutrisi</p>	<p>saptuji</p>
<p>Resiko Aspirasi (D.0006)</p>	<p>09.45ITA</p>	<p>1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2.Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>3.Mempertahankan kepatenan jalan</p>	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas irregular terdapat otot bantu nafas - Bunyi nafas gurgling - Pasien diberikan posisi head tilt - Terpasang oksigen <i>Simple mask</i> 6 lpm - Pernafasan pasien 19 kali/menit 	<p>saptuji</p>

		<p>nafas dengan head-tilt dan chin-lift</p> <p>4.Memberikan oksigen</p>		
Resiko Infeksi (D.0142)	11:00 WITA	<p>1.Melihat adanya tanda infeksi dari klien</p> <p>2.Mencuci tangan dengan hand rub sebelum dan sesudah berinteraksi dengan klien</p> <p>3.Menyampaikan pada keluarga jika ada yang berkunjung anjurkan untuk cuci tangan dengan hand rub yang tersedia</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>1.kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan</p> <p>2.Perawat sudah mencuci tangan</p> <p>3.keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan</p>	saptuji

T. CATATAN PERKEMBANGAN

Senin, 18 Maret 2024

No	Jam Evaluasi	Nomor DX	Respon Subjektif (S)	Respon Objektif (O)	Analisis Masalah (A)	Perencanaan Selanjutnya (P)	Paraf
1.	11.30 WITA	D.0001	Perawat ruangan mengatakan bahwa pasien masih adanya dahak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesak nafas pasien sedikit berkurang 2. Dahak pasien sedikit berkurang 3. Suara nafas gurgling 4. R : 12 kali/menit 5. SpO2 97% dengan 6 lpm menggunakan <i>simple mask</i> 6. Kesadaran Sopor 	Masalah pasien teratasi sebagian	Intervensi Dilanjutkan	saptuji

2.	11.35 WITA	(D.0017)	-	<p>1. TD : 82/49 mmHg - N : 59 kali/mnt - MAP : 60 mmHg - CRT : 4 detik ○ SPO2 : 97% ○ O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm</p> <p>2. Nilai GCS E₃ M₁ V₁, Kesadaran klien sopor</p> <p>3. Klien dalam posisi semifowler</p> <p>4. TD : 82/49 mmHg - N : 59 kali/mnt - MAP : 60 mmHg - CRT : 4 detik ○ SPO2 : 97% ○ O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm -CPP : 47 mmhg</p> <p>5. Klien dalam kondisi tidur</p>	Masalah teratasi sebagian	Intervensi Dilanjutkan	saptuji
----	---------------	----------	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------	---------

3.	11.40 WITA	(D.0054)		<p>1.TD : 82/49 mmHg - N : 59 kali/mnt - MAP : 60 mmHg - CRT : 4 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> o SPO2 : 97% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm <p>2.Klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat (skala aktivitas 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skala otot klien 2 <p>4.Klien dalam posisi <i>semi fowler</i> diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung</p> <p>5.Klien dibantu melakukan ROM Pasif dengan menggerakan tangan dan kaki</p> <p>6. Klien belum dimandikan/ diseka, klien sudah diberikan program nutrisi</p>	Masalah pasien tidak teratasi	Intervensi Dilanjutkan	saptuji
4	11.50 WITA	(D.0006)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pola nafas irregular terdapat otot bantu nafas 2. Bunyi nafas gurgling 3. Pasien diberikan posisi head tilt 4. Terpasang oksigen <i>Simple mask</i> 6 lpm 5. Pernafasan pasien 12 kali/menit 	Masalah pasien tidak teratasi	Intervensi Dilanjutkan	saptuji

5	12.00 WITA	(D.0142)		<p>1.kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan</p> <p>2.Perawat sudah mencuci tangan</p> <p>3.Keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan</p>	Masalah pasien tidak teratasi	Intervensi Dilanjutkan	saptuji
---	---------------	----------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	------------------------	---------

Selasa, 19 Maret 2024

No	Jam Evaluasi	Nomor DX	Respon Subjektif (S)	Respon Objektif (O)	Analisis Masalah (A)	Perencanaan Selanjutnya (P)	Paraf
1.	15.30 WITA	D.0001	Perawat ruangan mengatakan bahwa pasien masih adanya dahak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesak nafas pasien sedikit berkurang 2. Dahak pasien sedikit berkurang 3. Suara nafas gurgling 4. R : 16 kali/menit 5. SpO2 99% dengan 6 lpm menggunakan <i>simple mask</i> 6. Kesadaran delirium 	Masalah pasien teratasi sebagian	Intervensi Dilanjutkan	saptuji

2.	15.35 WITA	(D.0017)	-	<p>1.TD : 90/65 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - N : 73 kali/menit - MAP : 73 mmHg - CRT : 3 detik <ul style="list-style-type: none"> o SPO2 : 99% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm <p>2.Nilai GCS E₃ M2 V3, Kesadaran klien delirium</p> <p>3.Klien dalam posisi semifowler</p> <p>4. TD : 90/65 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - N : 73 kali/menit - MAP : 73 mmHg - CPP : 60 - CRT : 3 detik <ul style="list-style-type: none"> o SPO2 : 99% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm <p>5.Klien dalam kondisi sadar</p>	Masalah tidak teratasi	Intervensi Dilanjutkan	saptuji
----	---------------	----------	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	------------------------	---------

3.	15.40 WITA	(D.0054)		<p>1.TD : 90/65 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - N : 73 kali/menit - MAP : 73 mmHg - CRT : 3 detik <ul style="list-style-type: none"> o SPO2 : 99% o O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm <p>2.Klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat (skala aktivitas 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skala otot klien 2 <p>3.Klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung</p> <p>4.Klien dibantu melakukan ROM Pasif dengan menggerakan tangan dan kaki</p> <p>5. Klien sudah dimandikan/ diseka, klien sudah diberikan program nutrisi</p>	Masalah pasien teratasi sebagian	Intervensi Dilanjutkan	saptuji
----	---------------	----------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	------------------------	---------

4	15.50 WITA	(D.0006)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pola nafas irregular terdapat otot bantu nafas 2. Bunyi nafas gurgling 3. Pasien diberikan posisi head tilt 4. Terpasang oksigen <i>simple mask</i> 6 lpm 5. Pernafasan pasien 16 kali/menit 	Masalah pasien teratasi sebagian	Intervensi Dilanjutkan	saptuji
5	16.00 WITA	(D.0142)		<ol style="list-style-type: none"> 1.Kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan 2.Perawat sudah mencuci tangan 3.Keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan 	Masalah pasien tidak teratasi	Intervensi Dilanjutkan	saptuji

Rabu, 20 Maret 2024

No	Jam Evaluasi	Nomor DX	Respon Subjektif (S)	Respon Objektif (O)	Analisis Masalah (A)	Perencanaan Selanjutnya (P)	Paraf
1.	09.30 WITA	D.0001	Perawat ruangan mengatakan bahwa pasien masih adanya dahak	1. Sesak nafas pasien sedikit berkurang 2. Dahak pasien sedikit berkurang 3. Suara nafas gurgling 4. R : 19 kali/menit 5. SpO ₂ 99% dengan 6 lpm menggunakan <i>simple mask</i> 6. Kesadaran klien kualitatif : composmentis	Masalah pasien teratasi sebagian	Intervensi Dilanjutkan	saptuji

2.	09.35 WITA	(D.0017)	<p>Klien mengatakan “iya” saat ditanya oleh ners muda “apakah badan ibu sudah merasa agak nyaman?” dan klien menjawab “tidak” saat ditanya “bagaimana kondisi tangan dan kaki, apakah sulit digerakkan?” dan menjawab “iya”</p>	<p>1. TD : 92/63 mmHg - N : 81kali/menit - MAP : 72 mmHg - CRT : 2 detik</p> <p>- R: 19 kali/menit , ○ SPO2 : 99% ○ O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm</p> <p>2.Nilai GCS E₃ M₅ V₄, Kesadaran klien kualitatif : composmentis</p> <p>3.Klien dalam posisi semifowler</p> <p>4. TD : 92/63 mmHg - N : 81 kali/menit - MAP : 72 mmHg - CRT : 2 detik</p> <p>- R: 19 kali/menit , ○ SPO2 : 99% ○ O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm -CPP: 59 mmhg</p> <p>5.Klien dalam kondisi sadar</p>	Masalah teratasi sebagian	Intervensi Dilanjutkan	saptuji
----	---------------	----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------	---------

3.	09.40 WITA	(D.0054)		<p>1. TD : 92/63 mmHg - N : 81 kali/menit - MAP : 72 mmHg - CRT : 2 detik</p> <p>- R: 19 kali/menit , ○ SPO2 : 99% ○ O2 : <i>Simple mask</i> 6 lpm</p> <p>2. Klien sepenuhnya dibantu dalam aktivitas dan alat (skala aktivitas 3) ▪ Skala otot klien 2</p> <p>3. Klien dalam posisi semifowler diberikan bantal disisi kanan tubuhnya untuk mengganjal bagian punggung</p> <p>4. Klien dibantu melakukan ROM Pasif dengan menggerakkan tangan dan kaki</p> <p>5. Klien sudah dimandikan/ diseka, klien sudah diberikan program nutrisi</p>	Masalah pasien teratasi sebagian	Intervensi Dilanjutkan	saptuji
4	09.50 WITA	(D.0006)		<p>1. Pola nafas irregular terdapat otot bantu nafas 2. Bunyi nafas gurgling 3. Pasien diberikan posisi head tilt 4. Terpasang oksigen <i>simple mask</i> 6 lpm 5. Pernafasan pasien 18 kali/menit</p>	Masalah pasien teratasi sebagian	Intervensi Dilanjutkan	saptuji

5	10.00 WITA	(D.0142)		1.Kassa tampak bersih ada berwarna kemerahan 2.Perawat sudah mencuci tangan 3.Keluarga yang berkunjung sudah mencuci tangan	Masalah pasien tidak teratasi	Intervensi Dilanjutkan	saptuji
---	---------------	----------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------	---------

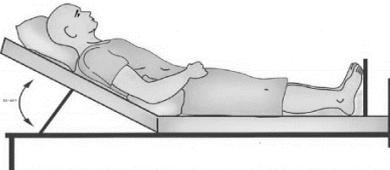
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MOBILISASI PROGRESIF LEVEL I

Pengertian : Mobilisasi progresif adalah serangkaian gerakan yang dilakukan kepada klien kritis di ruangan *Intensive Care Unit (ICU)* yang direncanakan secara berurutan berdasarkan status atau kondisi klien (Jayanti, 2018; Simanjutak, 2021).

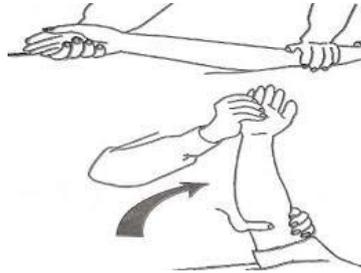
Tujuan :

1. Mengurangi risiko dekubitus
2. Menurunkan lama penggunaan ventilator
3. Mengurangi insident *ventilated acute pneumonia (VAP)*
4. Mengurangi waktu penggunaan sedasi
5. Meningkatkan fungsi otot dan kemampuan klien untuk berpindah
6. Meningkatkan fungsi organ-organ tubuh
7. Meningkatkan status fungsional
8. Melancarkan sirkulasi darah
9. Mengurangi lama waktu rawat dan pulang dengan resiko rendah

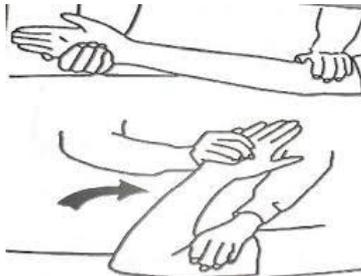
Prosedur :

No	Pelaksanaan
1.	Persiapan <ol style="list-style-type: none">a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan dirib. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien dan keluarganyac. Peneliti meminta izin persetujuan (<i>informed consent</i>) kepada keluarga kliend. Menutup tirai untuk menjaga privasi klien
2.	Pelaksanaan <ol style="list-style-type: none">a. Mengucapkan basmalahb. Mencuci tangan 6 langkahc. Menempatkan klien pada posisi sesuai dengan gerakan yang akan dilakukand. Lakukan pengukuran nilai saturasi oksigen, tekanan darah, MAP dan nadi serta catat terlebih dahulu sebelum melakukan intervensi mobilisasi progresife. Lakukan mobilisasi progresif level I yang terdiri dari <i>Head of Bed</i> (posisi semifowler 30°) f. Kemudian lakukan ROM pasif :

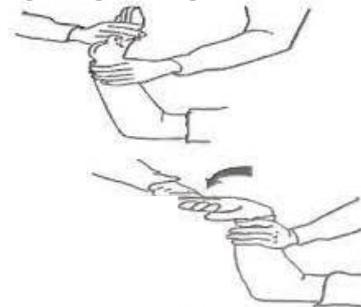
Ekstremitas atas : fleksi dan ekstensi bahu



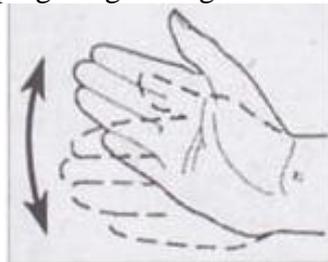
Fleksi dan ekstensi siku



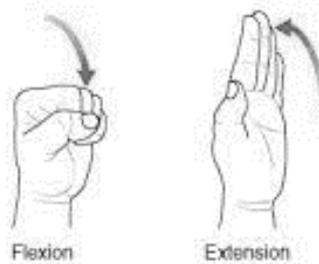
Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan



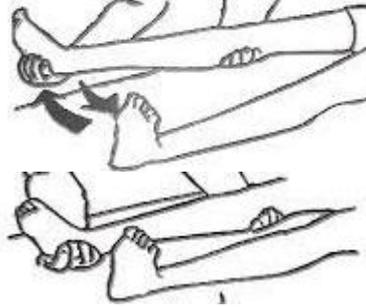
Abduksi dan adduksi pergelangan tangan



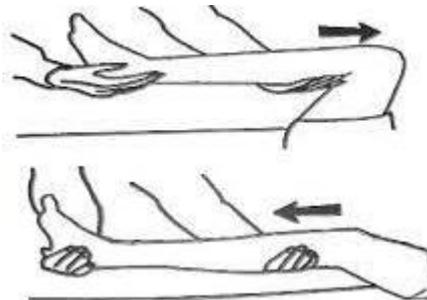
Fleksi dan ekstensi jari tangan



Ekstremitas bawah : adduksi dan abduksi kaki



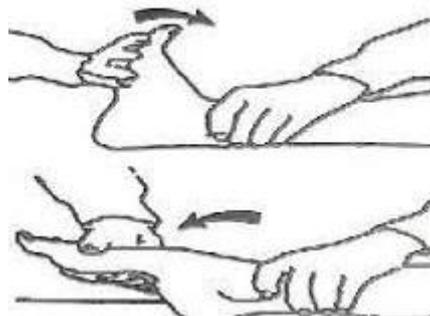
Fleksi dan ekstensi lutut



Dorsofleksi dan plantarfleksi



Fleksi dan ekstensi jari kaki



Setiap gerakan dilakukan pengulangan sebanyak 5 kali

- g. Selanjutnya berikan posisi *Continuous Lateral Rotation Therapy* (CLRT) yaitu memposisikan klien miring kanan dan kiri
- h. Mobilisasi progresif di lakukan sehari 2 kali dalam waktu 15-20 menit dengan menunggu evaluasi 30 menit
- i. Atur posisi klien kembali seperti semula

3. **Evaluasi**

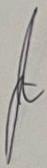
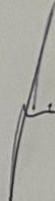
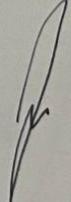
- | | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">a. Mencuci tangan 6 langkahb. Mengevaluasi respon subjektif dan objektif klienc. Penkes singkatd. Melakukan kontrak waktu selanjutnyae. Mendokumentasikan dan mencatat nilai saturasi oksigen, tekanan darah, MAP dan nadi setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Lampiran Lembar Konsultasi

BIMBINGAN KIAN

Pembimbing I

: Julian to, Ns. M. KOP

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Dosen Pembimbing
1	6 Maret 2024	TAHAP PERSIAPAN Konsul Judul	
2	18 Maret 2024	TAHAP PERSIAPAN Perbaikan dan manajemen pengujian	
3	19 Maret 2024	TAHAP PRAKTIK Konsul Askep	
4	25 Maret 2024	TAHAP PRAKTIK Perbaikan Askep	

BIMBINGAN KIAN

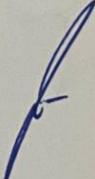
Pembimbing I : Julian W. MS, M. KEP

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Dosen Pembimbing
5	15/05 2024	TAHAP PRAKTIK ACC Assesmp	
6	12/05 2024	TAHAP PENULISAN kongul BAB II <u>III</u> - perbaikan BAB I - penambahan materi	
7	18/05 2024	TAHAP PENULISAN - BAB I, II ACC - perbaikan bab <u>III</u>	
8	21/05 2024	TAHAP PENULISAN - kongul BAB <u>4, 5</u> - perbaikan penulisan - tam bahasan diagnosis	

BIMBINGAN KIAN

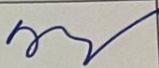
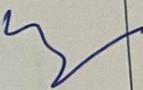
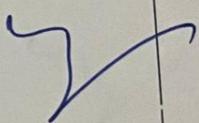
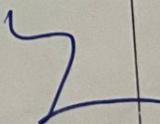
Pembimbing I

: Juliana, 25.05.2024

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Dosen Pembimbing
9	23/05 2024	→ Bab 4 dan 5 perbaikan format → Bab 4 ulang format	
10	25/05 2024	→ bab 4 Ace → perbaiki bab 6 - Sematkan bab I	
11	28/05 2024	* Evaluasi kepanasan judul yang diganti o Acc. perbaiki Koran Sidney	
13			

BIMBINGAN KIAN

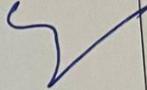
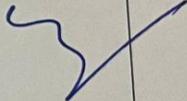
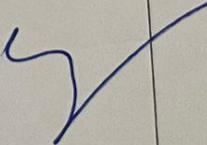
Pembimbing II : Yustan Azidin, Ns. M. Kop

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Dosen Pembimbing
1	15/05 2024	TAHAP PERSIAPAN - Ace, jurnal - - leslogi jurnal	
2	16/06 24	TAHAP PERSIAPAN - Skapan SOP & jurnal penelitian ✓ / intervensi - BAB I & II journal	
3	21/06 2024	TAHAP PRAKTIK - implementasi journal dan SOP - BAB III / dokumen journal	
4	22/06 2024	TAHAP PRAKTIK - journal Pelayanan	

BIMBINGAN KIAN

Pembimbing II

: Yustan Azidin, Ns, M. Kep

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Dosen Pembimbing
5	24/08 2024	TAHAP PRAKTIK → Bab 3 perbaikan pengumpulan data - Bab 2 tambahan materi CPP	
6	27/08 2024	TAHAP PENULISAN → Bab 3 ACC → Bab 4 tambahan Home dinamik → Bab 5 sesuai format	
7	28/08 2024	TAHAP PENULISAN → Bab 4 ACC → Bab 5 lokasi penulisan -	
8	29/08 2024	TAHAP PENULISAN Acc, lampiran saya kudu	

Lampiran Proses Tindakan

Hari pertama : (Senin, 18 maret 2024)



Hari Kedua : (Selasa, 19 maret 2024)



Hari ketiga : (Rabu, 20 maret 2024)

