

**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS CEREBRO
VASCULAR DISEASE DENGAN DIABETES MELITUS,
HIPERTENSI EMERGENCY DAN CEREBRO VASCULAR
DENGAN HIPERTENSI EMERGENCY PADA NY.K DAN TN.M
DIRUANG *INTERMEDITE* KAMAR 1.4 DAN 2.4 RSUD
CENGKARENG**

TAHUN 2023



Disusun Oleh :

Zalna Uvilailati, S.Kep

221560311109

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA

BEKASI 2023

**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS CEREBRO
VASCULAR DISEASE DENGAN DIABETES MELITUS,
HIPERTENSI EMERGENCY DAN CEREBRO VASCULAR
DENGAN HIPERTENSI EMERGENCY PADA NY.K DAN TN.M
DIRUANG *INTERMEDITE* KAMAR 1.4 DAN 2.4 RSUD
CENGKARENG**

TAHUN 2023

KARYA ILMIAH AKHIR NERS Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Profesi Ners (Ners)



Disusun Oleh :

Zalna Uvilailati, S.Kep

221560311109

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

BEKASI 2023

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Zalna Uvilailati

NPM : 22.156.03.11.109

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Kasus Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Cerebro vascular Disease Dengan Diabetes Melitus, Hipertensi Emergency Dan Cerebro vascular Dengan Hipertensy Emergency Pada Ny.K Dan Tn.M Diruang *Intermedite* Kamar 1.4 Dan 2.4 Rsud Cengkareng” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKS Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 15 Juni 2023

Zalna Uvilailati

LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua Dan
Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 15 Juni 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II



Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0301096505



Nurti YK Gea, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A
NIDN.0326067902

Mengetahui,

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

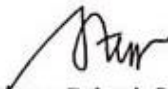
Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Zalna Uvilailati
NPM : 22.156.03.11.109
Program Studi : Profesi Ners
Judul Karya Ilmiah Akhir : "Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Cerebro Vascular Disease dengan Diabetes Melitus dan Hipertensi Emergency dan Cerebro Vascular dengan Hipertensi Emergency Pada Ny.K dan Tn.M Diruang *intermedite* Kamar 1.4 Dan 2.4 RSUD Cengkareng Tahun 2023".

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 15 Juni 2023

Bekasi, 15 Juni 2023

Penguji I

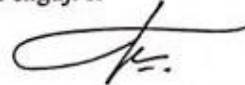


Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0301096505

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0309049001

Penguji II



Nurti YK Gea, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A
NIDN.0326067902

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan Pendidikan
Profesi Ners



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST.,M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: “Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Cerebrovascular Disease Dengan Diabetes Melitus, Hipertensi Emergency Dan Cerebrovascular Dengan Hipertensy Emergency Pada Ny.K Dan Tn.M Diruang *Intermedite* Kamar 1.4 Dan 2.4 Rsud Cengkareng.Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada 2023” yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan sehingga memungkinkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini terwujud. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia

8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A selaku Koordinator Profesi Ners sekaligus Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah Dosen Pembimbing Akademik.
9. Ibu Arabta M. Peraten. Pelawi, S.Kep, Ners., M.Kep selaku Dosen Penguji 1
10. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
11. Teruntuk kedua orang tua terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
12. Serta teman-teman semua yang tidak bisa disebutkan satu-persatu. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas motivasi dan dukungan selama pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangatmengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik

Bekasi, 15 Juni 2023

Zalna Uvilailati

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penulisan	4
D. Manfaat Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
A. Cerebrovaskuler Disease	6
B. Pengkajian Keperawatan	18
C. Diagnosa Keperawatan.....	19
D. Intervensi Keperawatan	19
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....	30
BAB IV PEMBAHASAN.....	105
A. Pengkajian	105
B. Diagnosa Keperawatan.....	107
C. Intervensi	109
D. Implementasi Atau Catatan Perkembangan	114

BAB V PENUTUP	116
A. Kesimpulan	116
B. Saran	117
DAFTAR PUSTAKA	118

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Cerebrovascular disease merujuk pada dua kata yaitu “cerebro” yang mengacu pada bagian terbesar dari organ otak, dan “vascular” yang dapat diartikan arteri dan vena. Penggabungan kedua kata tersebut dapat diartikan adalah aliran darah yang berada di otak. Kata cerebrovascular disease termasuk didalamnya kelainan yang mana berada di area otak sementara maupun permanen disebabkan oleh iskemia atau perdarahan atau yang lainnya dari pembuluh darah di otak yang terlihat dalam proses patologis. Pembatasan aliran darah dapat terjadi dari penyempitan pembuluh darah (stenosis). Pembentukan gumpalan (trombosis), penyumbatan (emboli), atau pecahnya pembuluh darah (perdarahan). Kurangnya aliran darah yang cukup (iskemia) mempengaruhi jaringan otak dan dapat menyebabkan stroke (American Association of Neurological Surgeon).

WHO dalam data yang dipublikasikan mengenai kematian akibat Cerebrovascular disease menyebutkan bahwa angka kematian akibat CVD (CerebroVascular Disease) pada tahun 2020 paling besar di umur 75+ yaitu sebanyak 19.875 orang, meningkat dari tahun 2019 yaitu sebanyak 18.701 orang. Dalam data publikasi tersebut juga diterangkan bahwa menurut jenis kelamin, Pria menduduki peringkat pertama sebanyak 18.512 orang jika dibandingkan dengan Wanita 17.694 orang per tahun 2020.

Stroke (cerebrovascular accident) adalah penyakit akibat gangguan peredaran darah ke otak, stroke dapat menyerang siapa saja tanpa memandang usia muda ataupun tua, suku, jenis kelamin, riwayat penyakit bahkan sosial ekonomi individu. Stroke dapat menyerang kapanpun dan dimanapun secara mendadak, namun masih banyak masyarakat yang kurang memperhatikan mengenai risiko terjadinya stroke (yuwanda et al., 2020). Berdasarkan badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian kesehatan republik indonesia, di indonesia angka kematian akibat penyakit stroke nomor 1. Angka kejadian stroke berdasarkan riset kesehatan masyarakat (Riskesdas) usia 15 tahun ke atas sebanyak 8,3 per 1.000, mengalami peningkatan pada tahun 2020 sebanyak 12,1 per 1.000.

Seseorang yang pernah mengalami kejadian stroke memiliki risiko terjadinya kekambuhan kembali yang sangat berbahaya jika tidak ditangani secepatnya, namun masih banyak orang kurang memperhatikan mengenai hal ini sehingga risiko kekambuhan pasca stroke semakin meningkat. Risiko terjadinya kekambuhan pasca stroke akan mengalami penurunan dan stabil pada kurun waktu 6-12 bulan (Levin et al., 2018 dalam Yuwanda et al., 2020). Risiko terjadinya kekambuhan kembali stroke memiliki jangka pendek atau panjang, faktor risiko kekambuhan jangka panjang yakni faktor resiko kardiovaskuler seperti hipertensi, diabetes dan hiperlipidemia (Arsava et al., 2016).

Faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan Cerebrovascular Disease (CVD) terbagi menjadi dua bagian, yaitu faktor yang dapat dikontrol dan tidak dapat dikontrol. Contoh faktor yang tidak dapat dikontrol antara lain : usia (orang-orang

dari segala rentang usia beresiko untuk mengalami stroke tak terduga anak-anak namun semakin bertambahnya usia maka semakin bertambah pula risiko untuk terkena stroke), jenis kelamin (CVD pada laki-laki lebih sering dijumpai daripada perempuan), keturunan (lebih beresiko orang-orang dengan keturunan yang memiliki riwayat CVD), orang yang pernah terkena stroke atau serangan jantung (orang yang pernah terkena stroke baik ringan maupun sedang atau serangan jantung memiliki risiko tinggi untuk terkena CVD berulang). Faktor risiko yang dapat dikontrol meliputi gaya hidup seperti orang yang merokok, kolesterol darah tinggi, obesitas dan kekurangan aktifitas, memiliki tekanan darah tinggi (Hipertensi), DM (diabetes melitus).

Penatalaksanaan mengenai diawali dengan skrining awal stroke untuk mengetahui tingkat keparahan agar dapat mendapat penanganan yang efektif dan efisien. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) menjadi salah satu pilihan untuk melakukan evaluasi neurologis cepat, meliputi tingkat kesadaran, bahasa, dysarthria, motor, defisit bidang visual, abnormalitas gerakan mata, kelumpuhan wajah dan ataksia. Setelah itu, maka dapat disimpulkan penanganan yang tepat dapat membawa kesembuhan bagi pasien.

Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk menyusun laporan “Kasus Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Cerebrovascular Disease Dengan Diabetes Melitus Dan Cerebrovascular Dengan Hipertensy Emergency Pada Ny.K Dan Tn.M Diruang *Intermedite* Kamar 1.4 Dan 2.4 Rsud Cengkareng”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data dan informasi diatas maka peneliti tertarik untuk mengangkat judul Karya Ilmiah Akhir Ners “Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Cerebrovascular Disease Dengan Diabetes Melitus Dan Cerebrovascular Dengan Hipertensy Emergency Pada Ny.K Dan Tn.M Diruang *Intermedite* Kamar 1.4 Dan 2.4 Rsud Cengkareng”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengaplikasikan asuhan keperawatan yang komprehensif mengenai asuhan keperawatan mengenai Cerebrovascular Disease Dengan Diabetes Melitus Dan Hipertensi Emergency Ruang Imc Kamar 1.4 Dan 2.4.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian keperawatan pada Pada Ny. K Dan Tn. M Dengan Cerebrovascular Disease Dengan Dibetes Melitus Dan Hipertensi Emergency Ruang Imc Kamar 1.4 Dan 2.4.
- b. Dapat menentukan diagnosa keperawatan pada Pada Ny. K Dan Tn. M Dengan Cerebrovascular Disease Dengan Diabetes Melitus Dan Hipertensi Emergency Ruang Imc Kamar 1.4 Dan 2.4
- c. Dapat membuat rencana keperawatan pada Pada Ny. K Dan Tn. M Dengan Cerebrovascular Disease Dengan Diabetes Melitus Dan Hipertensi Emergency Ruang Imc Kamar 1.4 Dan 2.4

- d. Dapat melakukan implementasi keperawatan pada Pada Ny. K Dan Tn. M Dengan Cerebrovascular Disease Dengan Diabetes Melitus Dan Hipertensi Emergency Ruang Imc Kamar 1.4 Dan 2.4
- e. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada Pada Ny. K Dan Tn. M Dengan Cerebrovascular Disease Dengan Diabetes Melitus Dan Hipertensi Emergency Ruang Imc Kamar 1.4 Dan 2.4

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi acuan sebagai literature untuk kelengkapan perkuliahan terutama pada mata kuliah Gadar Kritis.

2. Bagi Mahasiswa/ Mahasiswi Keperawatan

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi pembaca tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Cerebrovascular disease.

3. Bagi Klien dan Keluarga

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan klien dan keluarga mengenai suatu penyakit, khusus nya Cerebrovasccular disease, diharapkan klien dan keluarga dapat mencegah penyakit Cerebrovasccular disease dan dapat melakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi tanda gejala yang muncul.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Cerebrovaskuler Disease

1. Pengertian

Penyakit Serebrovaskular/ stroke adalah suatu sindrom klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak secara lokal atau global, yang dapat menimbulkan kematian atau kelainan yang menetap lebih dari 24 jam, tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskuler(Jeki, 2017).

Stroke adalah tanda yang menyebabkan hilangnya fungsi sistem saraf pusat yang berkembang cepat dalam hitungan menit atau detik yang dapat menyebabkan kerusakan di bagian otak yang di sebabkan karena terganggunya penyediaan darah atau salah satu pembuluh darah di bagian otak pecah. Stroke merupakan salah satu sindroma yang banyak ditemukan dan mengancam masyarakat terutama yang berusia di atas 45 tahun. Sindroma stroke terjadi mendadak dan dapat berakhir dengan kematian atau kecacatan yang menetap, sehingga produktivitas dan kualitas hidup pasien akan menurun, bahkan pasien akan menjadi sangat bergantung pada keluarga atau orang-orang didekatnya (Polyclinic et al., 2017).

2. Etiologi

Penyebab stroke menurut (Endang et al., 2017):

a. Thrombosis Cerebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak:

1) Aterosklerosi

Aterosklerosis merupakan suatu proses dimana terdapat suatu penebalan dan pengerasan arteri besar dan menengah seperti koronaria, basilar, aorta dan arteri iliaka (Ruhyanudin, 2007). Aterosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis atherosklerosis bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut:

- a) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah.
- b) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis.

- c) Merupakan tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus (embolus).
- d) Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

2) Hyperkoagulasi pada polysitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/ hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

3) Arteritis(radang pada arteri)

peradangan pada dinding pembuluh arteri, biasanya disebabkan oleh infeksi atau respon autoimun dan merupakan gangguan yang kompleks dan masih belum sepenuhnya dipahami.

b. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menimbulkan emboli:

- 1) Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Disease (RHD).
- 2) Myokard infark
- 3) Fibrilasi. Keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil

dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.

- 4) Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium.

c. Haemorrhagi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

d. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah:

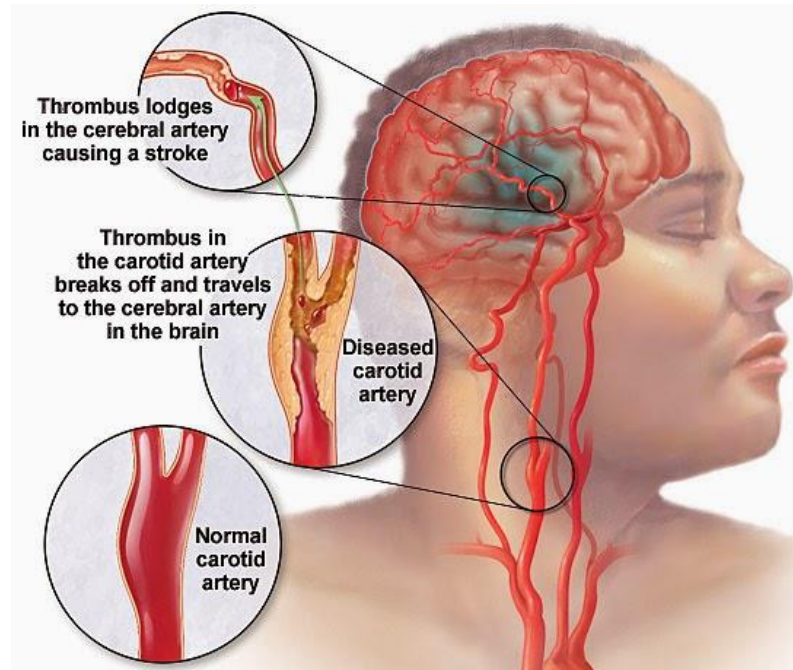
- 1) Hipertensi yang parah
- 2) Cardiac Pulmonary Arrest
- 3) Cardiac output turun akibat aritmia

e. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah:

- 1) Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subarachnoid.

2) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain.



3. Patofisiologi

Menurut National Library Of Medicine, Infark serbral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/ cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi.

Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak.

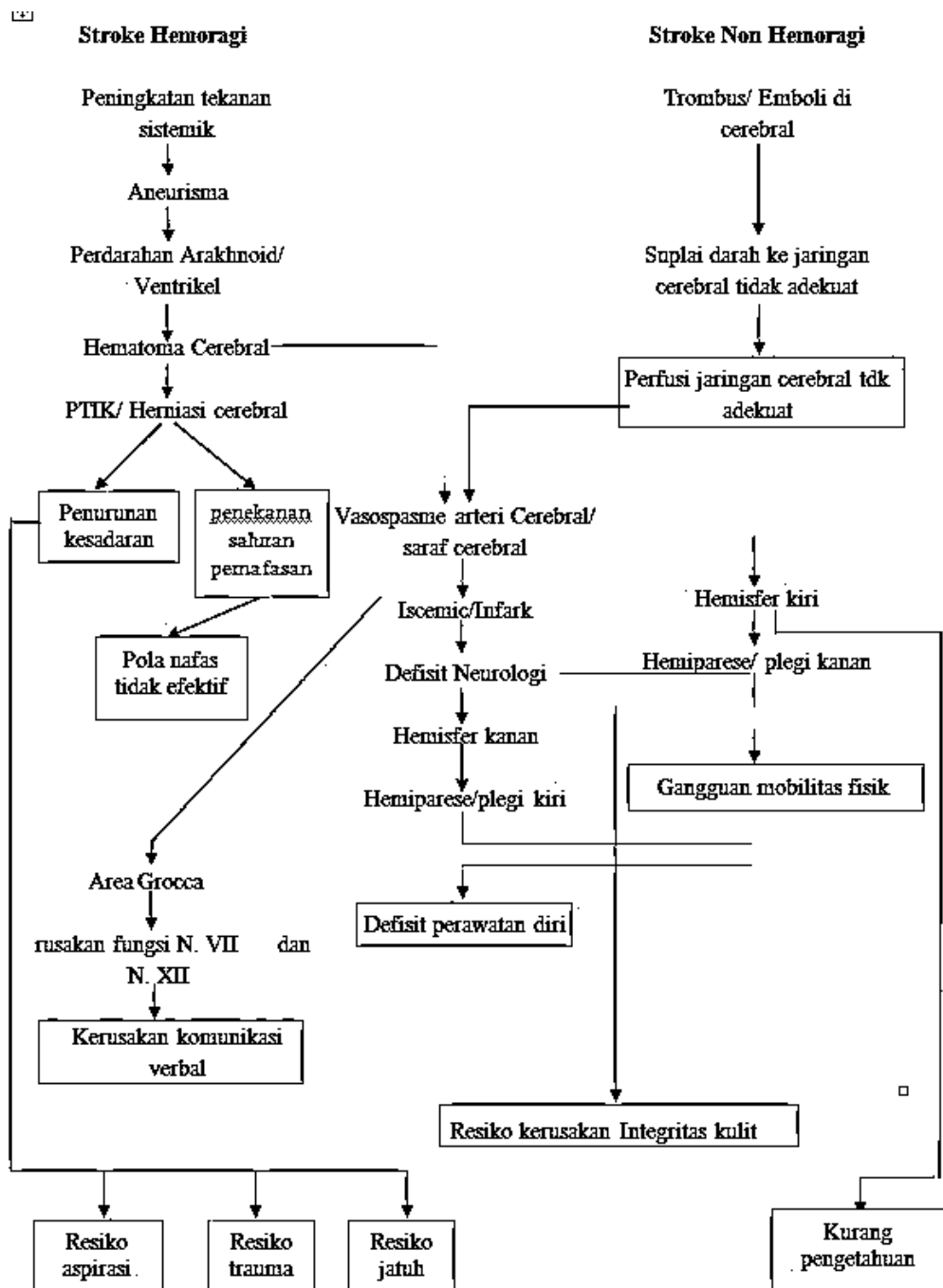
Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningian tekanan intrakranial dan mentebatkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93 % pada perdarahan dalam dan 71 % pada perdarahan lobar. Sedangkan bila terjadi perdarahan serebelar dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75 % tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal (Hamidjoyo & Wreksoatmodjo, 2021).

4. Pathway



Sumber : Arif muttaqin, 2015, Nurarif, 2015.

5. Manifestasi Klinis

Stroke menyebabkan defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Stroke akan meninggalkan gejala sisa karena fungsi otak tidak akan membaik sepenuhnya.

- a. Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegia)
- b. Lumpuh pada salah satu sisi wajah anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- c. Tonus otot lemah atau kaku
- d. Menurun atau hilangnya rasa
- e. Gangguan lapang pandang “Homonymous Hemianopsia”
- f. Afasia (bicara tidak lancar atau kesulitan memahami ucapan)
- g. Disartria (bicara pelo atau cadel)
- h. Gangguan persepsi
- i. Gangguan status mental
- j. Vertigo, mual, muntah, atau nyeri kepala.

6. Komplikasi

Setelah mengalami stroke pasien mungkin akan mengalami komplikasi, komplikasi ini dapat dikelompokkan berdasarkan:

- a. Berhubungan dengan immobilisasi → infeksi pernafasan, nyeri pada daerah tertekan, konstipasi dan thromboflebitis.

- b. Berhubungan dengan paralisis → nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas dan terjatuh
 - c. Berhubungan dengan kerusakan otak → epilepsi dan sakit kepala.
 - d. Hidrocephalus
 - e. Individu yang menderita stroke berat pada bagian otak yang mengontrol respon pernapasan atau kardiovaskuler dapat meninggal.
7. Pemeriksaan Penunjang
- a. Angiografi serebral
Menentukan penyebab stroke scr spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.
 - b. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT).
Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur stroke (sebelum nampak oleh pemindaian CT).
 - c. CT scan
Penindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.
 - d. MRI (Magnetic Imaging Resonance)
Menggunakan gelombang megnetik untuk menentukan posisi dan bsar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

e. EEG

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

8. Pemeriksaan laboratorium

- a. Lumbang fungsi: pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.
- b. Pemeriksaan darah rutin (glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)
- c. Pemeriksaan kimia darah: pada strok akut dapat terjadi hiperglikemia.
- d. gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-rangsur turun kembali.
- e. Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

9. Penatalaksanaan Medis

Tujuan intervensi adalah berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan melakukan tindakan sebagai berikut:

- a. Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lendir yang sering, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi, membantu pernafasan.
- b. Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi pasien, termasuk untuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.

- c. Berusaha menentukan dan memperbaiki aritmia jantung.
- d. Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif.
- e. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK Dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan,

Pengobatan Konservatif

- a. Vasodilator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya: pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan.
- b. Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial.
- c. Anti agregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma.
- d. Anti koagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya/ memberatnya trombosis atau emboli di tempat lain di sistem kardiovaskuler.

Pengobatan Pembedahan

Tujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebral :

- a. Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.

- b. Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh pasien TIA.
- c. Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut
- d. Ugasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma.

B. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.

2. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

4. Riwayat penyakit dahulu

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

5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes militus.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat
2. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak
3. Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neurovaskuler
4. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler
5. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran.
6. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi fisik.
7. Resiko Aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran.
8. Resiko injuri berhubungan dengan penurunan kesadaran

D. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif H, 2016). Adapun intervensi keperawatan pada pasien stroke hemoragik sesuai dengan

Standar Luaran Keperawatan dan Standar Intervensi Keperawatan (Fabiana Meijon Fadul, 2019) adalah sebagai berikut:

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan Hipertensi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24 jam diharapkan keadekuatan aliran darah serebral klien meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, gelisah menurun, sakit kepala menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolic membaik, kesadaran membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi Pemantauan Tekanan Intrakranial (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu:

Observasi

- a. Identifikasi peningkantan tekanan intrakranial.

Rasional: Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan.

- b. Monitor peningkatan TD.

Rasional: Suatu keadaan normal bila sirkulasi serebral terpelihara dengan baik atau fluktuasi ditandai dengan tekanan darah sistemik. Dengan peningkatan tekanan darah (diastolik) maka dibarengi dengan peningkatan tekanan darah intrakranial. Adanya peningkatan tensi, bradikardia, disritmia, dispnea merupakan tanda terjadinya peningkatan TIK.

- c. Monitor penurunan tingkat kesadaran.
 Rasional: Perubahan kesadaran menunjukkan peningkatan TIK dan berguna menentukan lokasi dan perkembangan penyakit.
 Terapeutik
 - d. Pertahankan posisi kepala dan leher netral.
 Rasional: Perubahan kepala pada satu sisi dapat menimbulkan penekanan pada vena jugularis dan menghambat aliran darah otak (menghambat drainase pada vena serebral).
 - e. Berikan periode istirahat antara tindakan perawatan dan batasi lamanya prosedur
 Rasional: Tindakan terus-menerus dapat meningkatkan TIK oleh efek rangsangan kumulatif
 Edukasi:
 - f. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 Rasional: Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan klien dan mengurangi kecemasan.
2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
 Setelah dilakukan pengkajian selamax24 jam gangguan integritas kulit/jaringan klien menurun, dengan kriteria hasil kerusakan lapisan kulit menurun, suhu kulit membaik, perfusi jaringan meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).
- Intervensi Perawatan Integritas Kulit/Jaringan menurut Tim

Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

Observasi

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)

Rasional: Mengetahui penyebab kondisi luka sebagai deteksi dini.

Terapeutik

- b. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring

Rasional: Mencegah adanya luka dekubitus

- c. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering

Rasional: Melebambatkan kulit pasien

- d. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif

Rasional: Mencegah kulit pasien iritasi

Edukasi

- e. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum) Rasional:

Membantu melembabkan kulit pasien.

- f. Anjurkan minum air yang cukup

Rasional: Asupan air yang cukup dapat membantu kulit menjadi sehat.

- g. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah

Rasional: Penggunaan SPF dapat melindungi kulit dari cahaya matahari.

3. Konstipasi b.d Ketidakadekuatan Toileting Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan defekasi klien membaik. Dengan kriteria hasil konsistensi feses dari cukup memburuk target menjadi cukup membaik, frekuensi defekasi dari cukup memburuk target menjadi cukup membaik, peristaltik usus dari cukup memburuk target menjadi cukup membaik (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018). Rencana Keperawatan Manajemen Konstipasi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018):
 - a. Periksa tanda dan gejala konstipasi
Rasional: Deteksi dini untuk merencanakan intervensi keperawatan selanjutnya.
 - b. Periksa pergerakan usus
Rasional: Peristaltik usus yang normal menentukan pergerakan usus yang baik. Normal peristal usus 5-30 x/menit
 - c. Identifikasi faktor resiko konstipasi
Rasional: Deteksi dini untuk merencanakan intervensi keperawatan selanjutnya
 - d. Anjurkan diet tinggi serat
Rasional: Membantu dan memperlancar proses defekasi
 - e. Lakukan masase abdomen, jika perlu
 - f. Lakukan evakuasi feses secara manual
 - g. Berikan enema atau irigasi
 - h. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan

Rasional: Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga serta untuk meningkatkan kerjasama antara perawat-pasien dan keluarga.

- i. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Rasional: Memperbanyak minum dapat membantu memperlancar defekasi

- j. Latih buang air besar secara teratur

- k. Kolaborasi obat pencahar, jika diperlukan.

Rasional: Membantu dan memperlancar proses defekasi

- 4. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler Setelah dilakukan pengkajian selama ...x24 jam diharapkan tingkat mobilitas klien meningkat dengan kriteria hasil pergerakan esktremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang Gerak (ROM) meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Intervensi Dukungan Mobilisasi menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

Obsevasi:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: Deteksi dini apakah ada pencetus nyeri atau keluhan lainnya yang memperhambat mobilisasi

- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji seberapa mampu pasien mobilisasi

- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Rasional: Mendeteksi dan mengidentifikasi kelainan fisiologis secara dini dan memantau tindakan yang diberikan untuk mendapatkan informasi keseimbangan homeostatik tubuh.

Terapeutik

- d. Fasilitasi aktivitas mobiltas dengan alat bantu

Rasional: Membantu pasien dalam mobilisasi dengan mudah

- e. Fasilitasi melakukan pergerakan

Rasional: Membantu pasien dalam melakukan pergerakan yang aman

- f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan melakukan mobilisasi dini

Rasional: Keluarga merupakan support system dan motivasi bagi pasien dalam meningkatkan asuhan keperawatan

Edukasi:

- g. Jelaskan tujuan dan prosedur ROM Pasif kepada pasien

Rasional: Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan klien dan mengurangi kecemasan

- h. Anjurkan mengubah posisi tiap 2 jam

Rasional: Mengidentifikasi adanya luka decubitus

i. Ajarkan ROM Pasif

Rasional: Mempertahankan mobilitas sendi, mengembalikan control motorik, mencegah terjadinya kontraktur pada ekstremitas yang mengalami hemiparase dan meningkatkan sirkulasi.

5. Resiko Defisit Nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan nutrisi klien membaik. Dengan kriteria hasil Porsi makanan yang dihabiskan meningkat, Nafsu makan membaik, Frekuensi makan membaik, Berat Badan Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Intervensi Manajemen Nutrisi menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

Observasi

- a. Identifikasi Status Nutrisi Rasional: Deteksi dini untuk merencanakan tindakan asuhan keperawatan selanjutnya

- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional: Mengetahui adanya alergi pada pasien

- c. Monitor asupan makanan

Rasional: mengetahui tingkat asupan makanan pasien untuk mengukur apakah nutrisi terpenuhi atau tidak

- d. Monitor Berat Badan

Rasional: Mengukur berat badan agar tetap berada direntang normal sebagai ukuran intervensi dilaksanakan tercapai atau tidak

Terapeutik

- e. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
Rasional: Kebersihan mulut diharapkan dapat meningkatkan asupan makanan pasien
 - f. Berikan suplemen makanan
Rasional: Suplemen sebagai salah satu pendukung nafsu makan diharapkan nafsu makan pasien meningkat
Edukasi
 - g. Ajarkan diet yang diprogramkan
Rasional: Membantu pasien dalam menentukan gizi yang benar sesuai penyakit yang diderita pasien
6. Resiko Jatuh Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam resiko jatuh klien menurun, dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Intervensi Keperawatan Pencegahan Jatuh menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:
- Observasi
 - a. Identifikasi faktor risiko jatuh (misal usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati).
Rasional: Deteksi dini untuk menentukan intervensi asuhan keperawatan selanjutnya
7. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selamax24 jam kemampuan Komunikasi verbal klien meningkat dengan kriteria

hasil kemampuan berbicara meningkat, Kemampuan mendengar meningkat, Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi Keperawatan Promosi Komunikasi: Defisit Bicara menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

Observasi

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas dan volume

Rasional: Membantu kerusakan area pada otak dan menentukan kesulitan klien dengan sebagian atau seluruh proses komunikasi.

- b. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal : memori, pendengaran, dan bahasa)

Rasional: Menentukan kesulitan klien dengan sebagian atau seluruh proses komunikasi.

Terapeutik

- c. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari tekanan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)

Rasional: Memberikan komunikasi dasar sesuai dengan situasi individu.

d. Berikan terapi vokal AIUEO

Rasional: Terapi AIUEO memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain. Orang yang mengalami gangguan bicara atau afasia akan mengalami kegagalan dalam berartikulasi. Artikulasi merupakan proses penyesuaian ruangan supraglottal.

e. Ajarkan bicara perlahan Membantu pasien dalam melakukan asuhan keperawatan

f. Berikan dukungan

Rasional: Memungkinkan klien dihargai karena kemampuan intelektualnya masih baik

Edukasi

g. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

Rasional: Keluarga dapat menerapkan secara mandiri di rumah sehingga dapat membantu proses pemulihan yang cepat.

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN
CEREBRO VASCULAR DISEASE
ASUHAN KEPERAWATAN KASUS PERTAMA

I. Identitas Klien

Nama : Ny.K
Usia : 48 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Tanggal Lahir : 18 Februari 1973
Hari rawat ke : Delapan
Agama : Islam
Status : Menikah
Riwayat Alergi : Tidak ada
BB : 59 kg
Alamat rumah : Kalideres, Rt 01/Rw03 Cengkareng
Diagnosa medis : Cerebro Vascular Disease (CVD) disertai dengan DM tipe II,
HT Emergency, Hemiparase Dextra
Identitas penanggung jawab:
Nama P.J : Tn.A
Pekerjaan : Pedagang
Alamat : Kalideres, Rt 01/Rw03 Cengkareng

Agama : Islam

Hubungan dengan pasien :Suami

II. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama

Ny.K tiba di RSUD dengan menyemprut , disertai kaki dan tangan kanan tidak bisa gerak sejak sadar, riwayat trauma tidak ada.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Keluarga Ny.K mengatakan pasien masih terasa sesak, tangan dan kaki pasien tidak bisa diangkat sebelah kanan dan disertai demam dengan suhu 38,9 C dan tangan kaki sebelah kanan terlihat bengkak.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Pada hasil observasi keluarga pasien mengatakan pasien terdapat Riwayat diabetes melitus tipe II dan keluarga pasien mengatakan jarang bergerak maupun berolahraga.

4. Riwayat keluarga

Keluarga pasien mengatakan ada Riwayat hipertensi dan diabetes melitus tipe II

III. Pengkajian Primer

1. Airway :tidak ada sumbatan jalan nafas

2. Breathing : pernafasan cepet dan pendek dengan nilai respirasi 30x/menit pasien tampak sesak (takipnea) menggunakan tambahan otot bantu nafas,

adanya pernapasan cuping hidung, tidak tampak adanya jejas pada bagian thoraks.

3. Circulation :pasien tampak pucat, pasien mengalami peningkatan nadi dengan nilai 112x/ menit, suhu :38,9c, Spo2:98%
4. Disability: GCS sopor 6 E4 M4 V1 kedua pupil tampak isokor, reaksi terhadap cahaya Ka+/Ki+, ukuran pupil Ka 3mm/Ki 3mm.
5. Exposure: tidak ada fraktur, tidak ada perdarahan, tetapi tangan dan kaki

Pengkajian Sekunder

1. TTV:

- a. Suhu :38,9°c
- b. Nadi : 112x/menit
- c. Pernafasan :30 x/menit
- d. Tekanan darah :160/60 mmHg

2. Keadaan umum:

- a. Tanda-tanda dari distress: klien tampak sesak dengan RR 30x/menit.
- b. Penampilan dihubungkan dengan usia: tidak terdapat kelainan dalam penampilan tampak sesuai dengan umur
- c. Ekspresi wajah, bicara, mood: ekspresi wajah kesakitan dan mood tidak jelas.
- d. Berpakain dan kebersihan umum: berpakaian-pakaian baik

e. Tinggi badan, berat badan, gaya berjalan: 159cm/59 kg

3. Pemeriksaan fisik Head to toe:

a. Kepala :

1) Bentuk kepala : bentuk menshocephal, tidak terdapat luka.

2) Kondisi kulit kepala : tidak ada memar

3) Kebersihan : kepala pasien cukup bersih

4) Warna rambut : hitam

b. Sistem pernafasan

1) Hidung : hidung simetris, terdapat pernafasan cuping hidung, kebersihan hidung bagus

2) Leher : leher nadi carotis teraba lemah, tidak ada deviasi trachea dan tidak mengalami pembengkakan kelenjar getah bening

3) Dada : bentuk dada (normal, barel, pigeon chest) : normal, gerakan dada (kiri dan kanan, apakah ada reteraksi): adanya reteraksi 2 lapang paru, keadaan proxsesus xipoideus: tidak mengalami trauma, suara nafas (trakhea, bronchial, brancovesikular): bronchovesikular, apakah ada suara nafas tambahan: mengi, apakah ada clubbing finger: tidak tampak adanya clubbing finger

c. Sistem kardiovaskular

1) Bibir (pucat, cyanosis): bibir tampak pucat

- 2) Arteri carotis: teraba lemah
 - 3) Tekanan vena jugularis: tidak mengalami peningkatan JVP
 - 4) Suara jantung (mitral, tricuspidalis, S1,S2, bising aotra, murmur, gallop):

terdengar S1 dan S2, tidak terdengar S3 S4 murmur dan gallop
 - 5) Capillary retilling time: <3 detik
- d. Sistem pencernaan
- 1) Bibir (lembab, kering, pecah-pecah, labio skizis): kering
 - 2) Mulut (stomatitis, apakah ada palatoskiziz, jumlah gigi, kemampuan menelan gerak lidah): ada 2 gigi berlubang, kemampuan menelan baik
 - 3) Abdomen (periksa sesuai dengan organ dalam tiap kuadran): hasil perkusi timpani
 - 4) Anus (kondisi, spinkter ani): tidak terdapat luka dan benjolan
- e. Sistem indra
- 1) Mata
 - a) Conjunctiva (anemia/tidak): an-anemis
 - b) Sklera : tidak ikterus
 - c) Visus : tidak terkaji

- d) Ukuran pupil : Ka 3mm/Ki 3mm
 - e) Reaksi terhadap cahaya: Ka+/Ki+
- 2) Hidung
- a) Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan: penciuman baik , tidak terdapat perih, tidak terdapat trauma, tidak terdapat mimisan pada hidung
 - b) Secret yang menghalangi penciuman: tidak terdapat sekeret
- 3) Telinga
- a) Keadaan daun telinga: daun telinga tampak baik
 - b) Fungsi pendengaran: pendengaran pasien masih terdengar dengan jelas
- f. Sistem saraf
- 1) Fungsi cerebral
- a) Status mental (orientasi daya ingat, perhatian dan perhitungan, bahasa): orientasi daya ingat baik
 - b) Kesadaran (sopor, verbal) dengan GCS: E4 V4 M1 = 6
- 2) Fungsi motoric (massa, tonus dari kekuatan otot) : eksteremitas atas +/+, ekstremitas bawah +/+
- 3) Fungsi sensorik (suhu nyeri) : normal klien dapat merasakan sensasi nyeri dan suhu

- 4) Fungsi cerebellum (koordinasi dan keseimbangan) : tidak dilakukan pengkajian
- 5) Reflek (ekstremitas atas, bawah) : tidak dilakukan pengkajian
- 6) Iritasi meningen (kaku kuduk, lasaque sign, kerning sign, brudzinski sign) : tidak dilakukan pengkajian

g. Sistem musculoskeletal

- 1) Vertebrae (bentuk, gerakan, ROM) : dilakukan pengkajian
- 2) Tangan : terdapat tangan sebelah kanan tidak dapat diangkat sendiri

h. Sistem integumen

- 1) Rambut (distribusi ditiap bagian tubuh, texture, kelembaban, kebersihan): terdapat beberapa uban, tampak lembab dan cukup bersih
- 2) Kulit (perubahan warna, temperature, kelembaban ruam, textstur): berwarna sawo matang dengan suhu hangat, tidak ada kelainan
- 3) Kuku : tidak terdapat clubbing finger, berwarna bening kemerahan tampak bersih

i. Sistem endokrin

- 1) Gejala kreatinisme atau gigantisme: tidak dilakukan pengkajian

j. Sistem perkemihan

1) Penyakit hubungan seksual : pasien mengatakan tidak memiliki penyakit hubungan seksual

k. Sistem imun

1) Alergi : tidak dilakukan pengkajian

2) Imunitas : lengkap

IV. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan Radiologi tanggal 29-04-2023

Haemorrhage di regio para ventrikel lateral (a. Cerebri media) sinistra

2. Pemeriksaan MSCT tanggal 08 -05-2023

a. Bnding pemeriksaan MSCT tanggal 29-04-2023, saat ini tampak haemorrhagis serebri parietal kiri berkurang dengan edema perifokal promine.

b. Infrak serebri parietal kanan dan ventrikel kardomegali.

3. Pemeriksaan Foto Thorax Tanggal 29-04-2023

c. Jantung agak membesar

d. Suspec cardiomega

V. Terapi/Program medis

No	Nama obat	Dosis	Rute dan waktu pemberian
1	Nicardipin	2 mg	IV
2	Ceftriaxone	2 x 1 gram	IV
3	Lasix	1 x 1 amp	IV

4	Paracetamoldrip	3 x 1 gram	IV
5	Noporavid	3 x 10 mg	SC
6	Amlodipine	2 x 10 mg	PO
7	Omeprazole	2 x 1 mg	IV
8	Candesartan	1 x 16 mg	IV
9	Atorvastatin	1 x 40 mg	PO
10	Vblock	2 x 62,5 mg	PO
11	HCT	1 x 25 mg	PO
12	Clondine	3 x 0,75 mg	PO
13	RL	1000 cc	IV

VI. Hasil Laboratrium

Pemeriksaan	Nilai Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hema I			
Hemoglobin	11,7	g/dl	13,5-18,0
Hematokrit	35	%	42-50
Leukosit	13,7	10³µL	5000-10.000
Trombosit	560	10³µL	150-450
Kimia Klinik			
PH	7,42		7.35-7.45

PCO₂	22		32-45
PO₂	136		83-108
HCO₃	14		21-28
SBC	16.7		21.8-26.2
SBE	-9.6		-3.0-(+)2.0
ABE	-9.4		(-2)-(3)
SO₂	99		95-99
ECO₂	15		
LED			
LED	110		0-20
SGOT/ASAT			
AST/SGOT	9		0-35
SPGT/Alat			
ALT/SGT	10		0-35
HBAIC	11.7		DM terkontrol ; 6% Terkontrol : <6.5%

			Sedang : 8%, tidak terkontrol : > 8%
--	--	--	--

VII. ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan klien demam 2. Keluarga klien mengatakan saat di cek suhu 38,9°c <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran: Composmentis 2. Keadaan umum : Lemah 3. TTV TD: 160/60mmHg S : 38,9°c N : 112x/menit RR: 22x/menit 4. Klien mendapatkan terapi paracetamol Dri 	Hipertermia (D.0130)	Proses penyakit (mis. infeksi)
2	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan klien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien tampak tidak bisa menggerakkan ekstrimitas atas 	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Penurunan Kekuatan Otot

	<p>bawah sebelah kanan</p> <p>3. Klien tampak susah menggerakkan tubuhnya</p> <p>4. Klien tampak terbaring tempat tidur</p>		
3	<p>Data Subjektif:</p> <p>1. Keluarga klien mengatakan punya riwayat hipertensi</p> <p>Data Objektif:</p> <p>1. Ttv Td :160/60mmHg N :95x/ menit S :36,6 C RR :22x/menit Spo2:98%</p> <p>2.</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</p>	<p>Hipertensi</p>
4	<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>3. GDS 345 mg/dL</p> <p>4. Intake (NGT + Oral) pasien /24 jam 2158 ml , output Urine 1500 cc,iwl, balances</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)</p>	<p>resistensi insulin</p>

VIII. Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi). (D. 0130)
2. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)
3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)
4. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (D.0017)

RENCANA TINDAKAN

Nama klien : Ny.K

Ruangan : IMC

No	Dx kep	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
1.	Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi). (D. 0130)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan hipertemia diharapkan suhu tubuh kembali dalam batas normal dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh dalam batas normal 2. Tidak ada perubahan warna kulit 3. Tidak terjadi kejang 	<p>Manajemen hipertermia(I.15506)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin. 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring. <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian cairan intravena, jika perlu, dan kompres water tepid sponge.</p>
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik meningkat dengan	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi tolensi fisik melakukan pergerakan

	(D.0054)	<p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi pada keluarga 2. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan mika miki pada keluarga pasien
3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi insulin (D.0027)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah berada pada rentang normal dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah membaik 2. Kesadaran meningkat 3. Mulut kering menurun 	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Monitor intake-output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan ngt,infus 2. Konsultasi dengan medis jika tanda gejala hiperglikemia tetap ada/ memburuk <p>Kolaborasi</p> <p>Koaborasi pemberian insulin novorapid 3x10 ui</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan dararah meningkat, tekanan nadi melebar,

			<p>bredikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor status pernapasan 4. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi Fowler 3. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 4. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, Lasix 1x20 mg 2. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
4	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi (D.0017)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, gangguan metabolisme, edema serebral) 6. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bredikardia, pola napas ireguler,


		<p>sistolik membaik Tekanan darah diastolik membaik</p>	<p>kesadaran menurun)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Monitor status pernapasan 8. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi Fowler 7. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 8. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, Lasix 1x20 mg <p>Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>
--	--	---	---


CATATAN PERAWATAN HARI PERTAMA


Nama klien : Ny.K


Tanggal Pengkajian : Sabtu, 06 Mei 2023

Ruangan : IMC

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
1	<p>Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi). (D. 0130)</p>	<p>Sabtu, 06 Mei 2023</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu tubuh <p>S: Ibu klien mengatakan suhu tubuh masih panas.</p> <p>O: Suhu tubuh masih demam S : 38,9°c N : 112x/menit Rr: 22x/menit</p> 2. Menyediakan lingkungan yang dingin. <p>S: -</p> <p>O: Longgarkan baju pasien</p> 3. melonggarkan atau lepaskan pakaian. <p>S: keluarga klien mengatakan klien di anjurkan tirah baring.</p> <p>O: Klien tampak berbaring</p> 4. menganjurkan tirah baring. <p>S: -</p> <p>O: Klien tampak berbaring</p> 5. berkolaborasi pemberian cairan intravena, jika perlu, 	

			<p>dan kompres water tepid sponge</p> <p>S:-</p> <p>O:klien tampak di kompres</p> <p>6. berkolaborasi pemberian obat paracetamol.</p> <p>S:-</p> <p>O:klien tampak diberi paracetamol drip</p>	
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)</p>	<p>Sabtu, 06 Mei 2023</p>	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak sadar</p> <p>2. Mengidentifikasi tolensi fisik melakukan pergerakan</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak sadar</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>S : -</p> <p>O : TD 160/60 mmHg</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu MIKA MIKI</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak terpasang pagar tempat tidur</p> <p>5. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus</p>	

			<p>dilakukan</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri</p>	
3	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>Sabtu, 6 Mei 2023</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia S : - O : - 2. Memonitor kadar glukosa darah S : - O : GDS 345 mg/dL 3. Memonitor intake-output cairan S : - O : Intake (NGT + Oral) pasien /24 jam 2158 ml , output Urine 1500 cc,iwl, belances 4. Memberikan asupan cairan NGT S : - O : Pasien diberikan cairan NGT150cc/24 jam melalui NGT 5. Berkonsultasi dengan medis jika tanda gejala hiperglikemia tetap ada/ memburuk S : - O : GDS 345 mg/dL 	

			<p>6. Mengajarkan pengelolaan diabetes , penggunaan insulin,) S : - O : -</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian insulin, S : - O : Pasien diberikan insulin novorapid 15ui</p>	
4	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi (D.0017)	Sabtu, 06 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK S : - O : tidak ditemukan penyebab peningkatan tik mis.batuk, mencejan</p> <p>1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK S : - O : TD 160/60 mmHg, tidak, muntah,</p> <p>2. Memonitor status pernapasan S : - O : Pasien tampak sesak karena adanya sputum, bunyi napas, irama napas, alat bantu napas</p> <p>3. Memonitor intake dan output cairan S : - O : Intake (NGT + Oral) pasien /24 jam 2158 ml ,</p>	


			<p>output Urine 1500 cc. IWL</p> <p>4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang S : - O : Lingkungan tampak tenang</p> <p>5. Memberikan posisi semi Fowler S : - O : Pasien diberikan posisi semi fowler</p> <p>6. Menghindari pemberian cairan IV hipotonik S : - O :- Pasien tidak diberikan cairan IV hipotonik</p> <p>7. Mempertahankan suhu tubuh normal S : - O : Suhu tubuh pasien tampak normal</p> <p>8. Berkolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu S : - O : Lasix 1x20 Mg</p>	
--	--	--	---	--


CATATAN PERAWATAN HARI KE DUA


Nama klien : Ny. K

Tanggal Pengkajian : Minggu, 07 Mei 2023

Ruangan : IMC

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
1	Hipertermia b.d (mis. Infeksi) (D.0130)	Minggu, 07 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu tubuh S: keluarga klien mengatakan suhu nya masih panas O: Suhu tubuh masih panas S : 38,8°c N :100x/menit Rr: 22x/menit 2. melonggarkan atau lepaskan pakaian. S: O: klien tampak melonggarkan baju 3. berkolaborasi pemberian obat paracetamol. S: O:Klien tampak diberi paracetamol drip 	


2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)	Minggu, 07 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : - O : Pasien tampak tidak sadar 2. Mengidentifikasi tolensi fisik melakukan pergerakan S : - O : Pasien tampak tidak sadar 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi S : - O : TD 138/74 mmHg 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) S : - O : Pasien tampak terpasang pagar tempat tidur 5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi S : - O : - 6. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di 	

			<p>sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) S : -</p> <p>O : Pasien tidak sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri</p>	
3	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>Minggu, 07 Mei 2023</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia S : - O : - 2. Memonitor kadar glukosa darah S : - O : GDS 297 mg/dL 3. Memonitor intake-output cairan S : - O : Intake (NGT + Oral) pasien /24 jam 2158 ml , output Urine 1500 cc 4. Memberikan asupan cairan oral S : - O : Pasien diberikan cairan oral 150cc/24 jam melalui NGT 5. Berkonsultasi dengan medis jika tanda gejala hiperglikemia tetap ada/ memburuk S : - 	

			<p>O : GDS 297 mg/dL</p> <p>6. Mengajarkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri S : - O : -</p> <p>7. Mengajarkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga S : - O : -</p> <p>8. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral) S : - O : -</p> <p>9. Berkolaborasi pemberian insulin, jika perlu S : -</p> <p>O : Pasien diberikan metformin 3x500 mg</p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, gangguan metabolisme, edema serebral) S : - O : -</p> <p>2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler,</p>	
--	--	--	---	--

			<p>kesadaran menurun) S : -</p> <p>O : TD 138/74 mmHg</p> <p>3. Memonitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu S : -</p> <p>O : -</p> <p>4. Memonitor status pernapasan S : -</p> <p>O : Pasien masih tampak sesak karena adanya sputum</p> <p>5. Memonitor intake dan output cairan S : -</p> <p>O : Intake (NGT + Oral) pasien /24 jam 2158 ml , output Urine 1500 cc</p> <p>6. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang S : -</p> <p>O : Lingkungan tampak tenang</p> <p>7. Memberikan posisi semi Fowler S : -</p> <p>O : Pasien diberikan posisi semi fowler</p> <p>8. Mencegah terjadinya kejang</p>	
--	--	--	--	--

			<p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak tidak terjadi kejang</p> <p>9. Menghindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>S : -</p> <p>O :-</p> <p>10. Mengatur ventilator agar PaCO₂ optimal</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tidak terpasang ventilator</p> <p>11. Mempertahankan suhu tubuh normal</p> <p>S : -</p> <p>O : Suhu tubuh pasien tampak normal</p> <p>12. Berkolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</p> <p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>13. Berkolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu</p> <p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>14. Berkolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p> <p>S : -</p> <p>O : -</p>	
--	--	--	--	--

4	Risiko Perfusion Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi (D.0017)	Minggu, 07 Mei 2023	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, gangguan metabolisme, edema serebral) S : - O : - 3. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) S : - O : TD 138/74 mmHg 4. Memonitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu S : - O : - 5. Memonitor status pernapasan S : - O : Pasien masih tampak sesak karena adanya sputum 6. Memonitor intake dan output cairan S : - O : Intake (NGT + Oral) pasien /24 jam 2158 ml ,	
---	---	---------------------------	---	---

			<p>output Urine 1500 cc</p> <p>7. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang S : - O : Lingkungan tampak tenang</p> <p>8. Memberikan posisi semi Fowler S : - O : Pasien diberikan posisi semi fowler</p> <p>9. Mencegah terjadinya kejang S : - O : Pasien tampak tidak terjadi kejang</p> <p>10. Menghindari pemberian cairan IV hipotonik S : - O :-</p> <p>11. Mengatur ventilator agar PaCO₂ optimal S : - O : Pasien tidak terpasang ventilator</p> <p>12. Mempertahankan suhu tubuh normal S : - O : Suhu tubuh pasien tampak normal</p> <p>13. Berkolaborasi pemberian sedasi dan</p>	
--	--	--	---	--



			<p>anti konvulsan, jika perlu S : - O : -</p> <p>14. Berkolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu S : - O : -</p> <p>15. Berkolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu S : - O : -</p>	
--	--	--	--	--

CATATAN PERAWATAN HARI KE TIGA


Nama klien : Ny. K


Tanggal Pengkajian : Senin, 08 Mei 2023

Ruangan : IMC

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
1	Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi) (D.0130)	Senin, 08 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu tubuh S:Keluarga klien mengatakan suhu tubuh klien menurun O:klien tampak terbaring 2. Menganjurkan tirah baring S:- O: klien tampak berbaring 	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)	Senin, 08 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : - O : Pasien tampak tidak sadar 2. Mengidentifikasi tolensi fisik melakukan pergerakan S : - O : Pasien tampak tidak 	

			<p>sadar</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi S : - O : TD 126/67 mmHg</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) S : - O : Pasien tampak terpasang pagar tempat tidur</p> <p>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi S : - O : -</p> <p>6. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) S : - O : Pasien tidak sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri</p>	
3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi	Senin, 08 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia S : - O : -</p>	

	insulin (D.0027)		<p>2. Memonitor kadar glukosa darah S : - O : GDS 127 mg/dL</p> <p>3. Memonitor intake-output cairan S : - O : Intake (NGT + Oral) pasien /24 jam 2158 ml , output Urine 1500 cc</p> <p>4. Memberikan asupan cairan oral S : - O : Pasien diberikan cairan oral 150cc/24 jam melalui NGT</p> <p>5. Berkonsultasi dengan medis jika tanda gejala hiperglikemia tetap ada/ memburuk S : - O : GDS 127 mg/dL</p> <p>6. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri S : - O : -</p> <p>7. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga S : - O : -</p> <p>8. Mengajarkan pengelolaan diabetes</p>	
--	------------------	--	--	---

			<p>(mis, penggunaan insulin, obat oral)</p> <p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>9. Berkolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p> <p>S : -</p> <p>O : (Metformin 3x500 mg) tidak diberikan</p>	
4	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi (D.0017)	, 08 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, gangguan metabolisme, edema serebral)</p> <p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bredikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <p>S : -</p> <p>O : TD 126/67 mmHg</p> <p>3. Memonitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu</p> <p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>4. Memonitor status pernapasan</p>	

			<p>S : -</p> <p>O : Pasien masih tampak sesak karena adanya sputum</p> <p>5. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>S : -</p> <p>O : Intake (NGT + Oral) pasien /24 jam 2158 ml , output Urine 1500 cc</p> <p>6. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>S : -</p> <p>O : Lingkungan tampak tenang</p> <p>7. Memberikan posisi semi Fowler</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien diberikan posisi semi fowler</p> <p>8. Mencegah terjadinya kejang</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak tidak terjadi kejang</p> <p>9. Menghindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>S : -</p> <p>O :-</p> <p>10. Mengatur ventilator agar PaCO2 optimal</p> <p>S : -</p>	
--	--	--	--	--


			<p>O : Pasien tidak terpasang ventilator</p> <p>11. Mempertahankan suhu tubuh normal</p> <p>S : -</p>	
--	--	--	---	--



CATATAN PERKEMBANGAN HARI PERTAMA


Nama klien : Ny. K

Tanggal Pengkajian : Sabtu, 06 Mei 2023

Ruangan : IMC

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	<p>Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi)</p> <p>(D.0130)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan suhu tubuh klien masih panas. • Keluarga klien mengatakan klien sedikit lebih nyaman. • Keluarga klien mengatakan klien sudah memakai baju yang tipis-tipis. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh • 38,9°C • Klien tampak nyaman • Klien tampak posisi tirah baring • Klien mendapatkan terapi obat dari dokter paracetamol drip <p>A : Hipertermia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>	

2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak sadar • TD : 160/60 mmHg • Pasien tampak terpasng pagar tempat tidur • Pasien tidar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri <p>A : Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
3	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> e. GDS 345 mg/dl f. Intake (ngt + oral) pasien per / 24 jam 2158 ml, output urin 1500 cc g. Pasien diberikan cairan oral 150 cc/24 jam melalui Ngt h. Pasien diberikan insulin novorapid 15 unit <p>A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum</p>	


		teratasi P: Lanjutkan intervensi	
4	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi (D.0017)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> i. TD 160/60 mmHg j. Pasien tampak sesak karena adanya sputum k. Intake (ngt + oral) pasien per / 24 jam 2158 ml, output urin 1500 cc l. Pasien diberikan posisi sem Fowler m. Pasien tidak terpasang ventilator <p>A : Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	


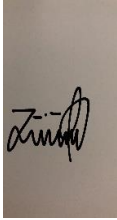
CATATAN PERKEMBANGAN HARI KEDUA


Nama klien : Ny. K

Tanggal Pengkajian : Minggu, 07 Mei 2023

Ruangan : IMC

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	<p>Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi)</p> <p>(D.0130)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan suhu tubuh klien naik turun. • Keluarga klien mengatakan klien sudah memakai baju yang tipis-tipis. • keluarga klien mengatakan klien sudah diberikan paracetamol drip <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh 38,8°c • Klien tampak posisi tirah baring • Klien mendapatkan terapi obat dari dokter paracetamol drip. <p>A : Hipertermia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan</p>	<p>S : -</p>	

	<p>Kekuatan Otot (D.0054)</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> n. Pasien tampak tidak sadar o. TD : 138/74 mmHg p. Pasien tampak terpasang pagar tempat tidur q. Pasien tidsk sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri <p>A : Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
3	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> r. GDS 297 mg/dl s. Intake (ngt + oral) pasien per / 24 jam 2158 ml, output urin 1500 cc t. Pasien diberikan cairan oral 150 cc/24 jam melalui Ngt u. Pasien diberikan metformin 3x500 mg 	



		<p>A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
4	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi (D.0017)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> v. TD 138/74 mmHg w. Pasien tampak sesak karena adanya sputum x. Intake (ngt + oral) pasien per / 24 jam 2158 ml, output urin 1500 cc y. Pasien diberikan posisi semo fowler z. Pasien tidak terpasang ventilator <p>A : Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	



CATATAN PERKEMBANGAN HARI KETIGA

Nama klien : Ny. K

Tanggal Pengkajian : Senin, 08 Mei 2023

Ruangan : IMC

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	<p>Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi) (D.0130)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan suhu tubuh klien mulai turun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh 37,0°c • Klien tampak nyaman • Klien tampak posisi tirah baring <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak sadar • TD : 138/74 mmHg • Pasien tampak terpasang pagar tempat tidur • Pasien tidak sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri <p>A : Masalah Gangguan Mobilitas</p>	

		Fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi insulin (D.0027)	S : - O : aa. GDS 127 mg/dl bb. Intake (ngt + oral) pasien per / 24 jam 2158 ml, output urin 1500 cc cc. Pasien diberikan cairan oral 150 cc/24 jam melalui Ngt dd. Pasien diberikan metformin tidak diberikan A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
4	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi (D.0017)	S : - O : ee. TD 126/67 mmHg ff. Pasien tampak sesak karena adanya sputum gg. Intake (ngt + oral) pasien per / 24 jam	

		<p>2158 ml, output urin 1500 cc</p> <p>hh. Lingkungan tampak tenang</p> <p>ii. Pasien diberikan posisi semo fowler</p> <p>jj. Pasien tidak terpasang ventilator</p> <p>A : Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--	--

ASUHAN KEPERAWATAN KASUS KEDUA**I. Identitas Klien**

Nama : Tn.M

Usia : 48 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tanggal Lahir :21 April 1975

Hari rawat ke : enam

Agama : Islam

Status : Menikah

Riwayat Alergi : Tidak ada

BB : 65 kg

Alamat rumah : Cengkareng

Diagnosa medis : Cerebro Vascular Disease (CVD) disertai dengan, Hipertensi

Emergency

Identitas penanggung jawab

Nama P.J :Ny. U

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat :Cengkareng

Agama :Islam

Hubungan dengan pasien :Istri

II. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan ketahuan pasien sudah tergeletak di mess pukul 10:00 pagi terdapat kelemahan tubuh sisi kanan sejak 4 jam sebelum masuk rumah sakit tangan dan kaki tidak bisa di gerakan pasien tidak bisa berbicara

2. Riwayat kesehatan sekarang

Keluarga Tn.M mengatakan pasien masih terasa, tangan dan kaki pasien tidak bisa diangkat sebelah kanan dan tangan kaki sebelah kanan terlihat bengkak.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Pada hasil observasi keluarga pasien mengatakan pasien terdapat Riwayat Hipertensi Emergency dan keluarga klien mengatakan klien aktivitas nya padat sehingga jarang untuk istirahat

4. Riwayat keluarga

Keluarga klien mengatakan ada Riwayat Hipertensi Emergency

5. Riwayat keluarga

Keluarga pasien mengatakan ada Riwayat Hipertensi

III. Pengkajian Primer

1. Airway :tidak ada sumbatan jalan nafas

2. Breathing : pernafasan cepet dan pendek dengan nilai respirasi 22x/menit pasien tampak sesak (takipnea) menggunakan tambahan otot bantu nafas,

adanya pernapasan cuping hidung, tidak tampak adanya jejas pada bagian thoraks.

3. Circulation :pasien tampak tidak pucat, pasien tidak mengalami peningkatan nadi dengan nilai 80x/ menit, suhu :36,9c, Spo2:97%
4. Disability: GCS Apatis 10 E4 M6 V2 kedua pupil tampak isokor, reaksi terhadap cahaya Ka+/Ki+, ukuran pupil Ka 3mm/Ki 3mm.
5. Exposure: tidak ada fraktur, tidak ada perdarahan, tetapi tangan dan kaki

Pengkajian Sekunder

1. TTV:

- a. Suhu :36,9°c
- b. Nadi : 80x/menit
- c. Pernafasan :22 x/menit
- d. Tekanan darah :180/90 mmHg

2. Keadaan umum:

- a. Tanda-tanda dari distress: klien tampak sesak dengan RR 30x/menit.
- b. Penampilan dihubungkan dengan usia: tidak terdapat kelainan dalam penampilan tampak sesuai dengan umur
- c. Ekspresi wajah, bicara, mood: ekspresi wajah kesakitan dan mood tidak jelas.
- d. Berpakain dan kebersihan umum: berpakaian-pakaian baik

- e. Tinggi badan, berat badan, gaya berjalan: 165cm/65kg
3. Pemeriksaan fisik Head to toe:
- a. Kepala :
 - 1) Bentuk kepala : bentuk menshocephal, tidak terdapat luka.
 - 2) Kondisi kulit kepala : tidak ada memar
 - 3) Kebersihan : kepala pasien cukup bersih
 - 4) Warna rambut : hitam
 - b. Sistem pernafasan
 - 1) Hidung : hidung simetris, terdapat pernapasan cuping hidung, kebersihan hidung bagus
 - 2) Leher : leher nadi carotis teraba lemah, tidak ada deviasi trachea dan tidak mengalami pembengkakan kelenjar getah bening
 - 3) Dada : bentuk dada (normal, barel, pigeon chest) : normal, gerakan dada (kiri dan kanan, apakah ada reteraksi): adanya reteraksi 2 lapang paru, keadaan proxsesus xipoideus: tidak mengalami trauma, suara nafas (trakhea, bronchial, brancovesikular): bronchovesikular, apakah ada suara nafas tambahan: mengi, apakah ada clubbing finger: tidak tampak adanya clubbing finger
 - c. Sistem kardiovaskular
 - 1) Bibir (pucat, cyanosis): bibir tampak pucat
 - 2) Arteri carotis: teraba lemah

- 3) Tekanan vena jugularis: tidak mengalami peningkatan JVP
 - 4) Suara jantung (mitral, tricuspidalis, S1,S2, bising aotra, murmur, gallop):
 - 5) terdengar S1 dan S2, tidak terdengar S3 S4 murmur dan gallop
 - 6) Capillary retilling time: <3 detik
- d. Sistem pencernaan
- 1) Bibir (lembab, kering, pecah-pecah, labio skizis): kering
 - 2) Mulut (stomatitis, apakah ada palatoskiziz, jumlah gigi, kemampuan menelan gerak lidah): ada 2 gigi berlubang, kemampuan menelan baik
 - 3) Abdomen (periksa sesuai dengan organ dalam tiap kuadran): hasil perkusi timpani
 - 4) Anus (kondisi, spinkter ani): tidak terdapat luka dan benjolan
- e. Sistem indra
- 1) Mata
 - a) Conjunctiva (anemia/tidak): an-anemis
 - b) Sklera : tidak ikterus
 - c) Visus : tidak terkaji
 - d) Ukuran pupil : Ka 3mm/Ki 3mm

e) Reaksi terhadap cahaya: Ka+/Ki+

2) Hidung

a) Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan: penciuman baik ,
tidak terdapat perih, tidak terdapat trauma, tidak terdapat
mimisan pada hidung

b) Secret yang menghalangi penciuman: tidak terdapat sekeret

3) Telinga

a) Keadaan daun telinga: daun telinga tampak baik

b) Fungsi pendengaran: pendengaran pasien masih terdengar
dengan jelas

f. Sistem saraf

1) Fungsi cerebral

a) Status mental (orientasi daya ingat, perhatian dan perhitungan,
bahasa): orientasi daya ingat baik

b) Kesadaran (Apatis, verbal) dengan GCS: E4 V6 M2 = 10

2) Fungsi motoric (massa, tonus dari kekuatan otot) : eksteremitas atas

+/, ekstremitas bawah +/+

3) Fungsi sensorik (suhu nyeri) : normal klien dapat merasakan sensasi

nyeri dan suhu

- 4) Fungsi cerebellum (koordinasi dan keseimbangan) : tidak dilakukan pengkajian
 - 5) Reflek (ekstremitas atas, bawah) : tidak dilakukan pengkajian
 - 6) Iritasi meningen (kaku kuduk, lasaque sign, kerning sign, brudzinski sign) : tidak dilakukan pengkajian
- g. Sistem musculoskeletal
- 1) Vertebrae (bentuk, gerakan, ROM) : dilakukan pengkajian
 - 2) Tangan : terdapat tangan sebelah kanan tidak bisa diangkat sendiri
- h. Sistem integumen
- 1) Rambut (distribusi di tiap bagian tubuh, texture, kelembaban, kebersihan): terdapat beberapa uban, tampak lembab dan cukup bersih
 - 2) Kulit (perubahan warna, temperature, kelembaban ruam, tekstur): berwarna sawo matang dengan suhu hangat, tidak ada kelainan
 - 3) Kuku : tidak terdapat clubbing finger, berwarna bening kemerahan tampak bersih
- i. Sistem endokrin
- 1) Gejala kreatinisme atau gigantisme: tidak dilakukan pengkajian
- j. Sistem perkemihan

1) Penyakit hubungan seksual : pasien mengatakan tidak memiliki penyakit hubungan seksual

k. Sistem imun

1) Alergi : tidak dilakukan pengkajian

2) Imunitas : lengkap

IV. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan Radiologi tanggal 30-04-2023

Haemorrhage di regio para ventrikel lateral (a. Cerebri media) sinistra

2. Pemeriksaan MSCT tanggal 06 -05-2023

Bnding pemeriksaan MSCT tanggal 30-04-2023, saat ini tampak haemorrhagis serebri parietal kiri berkurang dengan edema perifokal promine.

Infrak serebri parietal kanan dan ventrikel kardomegali.

3. Pemeriksaan Foto Thorax Tanggal 30-04-2023

Jantung agak membesar

Suspec cardiomega

4. Terapi/Program medis

No	Nama obat	Dosis	Rute dan waktu pemberian
1	Kalnex	3x500 mg	IV
2	Ceftriaxone	2 x 1 gram	IV
3	Vit K	3x10	IV
5	Manitol	4x125	IV

6	Amlodipine	2 x 10 mg	PO
7	Laxadine	2 x1	IV
8	Candesartan	1 x 10 mg	IV
9	Atorvastatin	1 x 40 mg	IV
10	Concor	1x2,5	PO
11	RL	1000 cc	IV

5. Hasil Laboratrium

Pemeriksaan	Nilai Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hema I			
Hemoglobin	15.8	g/dl	13,5-18,0
Hematokrit	46	%	42-50
Leukosit	11.5	10³μL	5000-10.000
Trombosit	288	10³μL	150-450
Kimia Klinik			
PH	7,42		7.35-7.45
PCO₂	22		32-45
PO₂	136		83-108
HCO₃	14		21-28

SBC	16.7		21.8-26.2
SBE	-9.6		-3.0-(+)2.0
ABE	-9.4		(-)-(3)
SO2	99		95-99
ECO2	15		
LED			
LED	110		0-20
SGOT/ASAT			
AST/SGOT	9		0-35

ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga klien mengatakan kepala klien bagian belakang leher sakit <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ .Ttv Td: 180/90mmHg N : 80x/menit S :36,8 C RR: 22x/menit Spo2: 97% ➤ klien tampak mengisaratkan sakit bagian leher 	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)</p>	<p>Peningkatan tekanan darah</p>
2	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ keluarga klien mengatakan tangan dan kaki klien tidak bisa digerakan <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tidak bisa menggerakan ekstremitas atas bawah sebelah kanan 2. Klien tampak susah menggerakan tubuh nya 3. Klien tampak terbaring tempat tidur 	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>	<p>Kekuatan Otot</p>
3	<p>Data Subjektif :</p>	<p>Gangguan</p>	<p>Neuromuskuler</p>

	<ul style="list-style-type: none">➤ Keluarga klien mengatakan tidak bisa berbicara <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Klien sulit berbicara➤ Klien terlihat pelo➤ Tampak kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah tidak ada perlawanan	komunikasi verbal	
--	--	-------------------	--

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Klien: Tn.M

Ruangan : IMC

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kreteria Hasil	Intervensi
1	Perfusi Perifer Efektif b.d peningkatan tekanann darah (D.0009)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan Perfusi perifer (L.0211) meningkat dengan krteria hasil: 5. Nyeri Ekstremitas meningkat 6. Tekanan darah sistolik membaik 7. Tekanan diastolik membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>anklebrachial index</i>) 2. Indikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan,nyeri, atau bengkak ekstremitas Terapeutik : 4. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Edukasi : 5. Anjurkan berolahraga rutin 6. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
2	Gangguan	Setelah dilakukan	Dukungan Mobilisasi (I.05173)

	Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (0054)	tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 5. Identifikasi tolensi fisik melakukan pergerakan 6. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi pada keluarga <p>Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan mika miki pada keluarga pasien</p>
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Komunikasi Verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian eksperesi wajah/tubuh meningkat 3. respon prilaku pemahaman membaik 	<p>Promosi komunikasi defisif berbicara (I.3492)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan,tekanan,kuantitas, volume, dan diksi berbicara 2. Monitor proses kognitif frutasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu berbicara 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ulangi apa yang disampaikan pasien 2. Beikan dukungan psiokologis


		4. pelo menurun	Edukasi: 1. Anjurkan berbicara perlahan
--	--	-----------------	---


CATATAN KEPERAWATAN HARI PERTAMA


Nama klien :Tn.M

Tanggal Pengkajian: Senin, 08 Mei 2023

Ruangan : IMC

No	Dx kep	Waktu	Tindakan	Paraf
1	Perfusi Perifer Efektif b.d peningkatan tekanann darah (D.0009)	Senin, 08 mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>anklebrachial index</i>) S: - O: Tekanan darah terlihat 180/90mmHg 2. Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) S: keluarga klien mengatakan tekanan darah klien masih tinggi O:- 3. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas S:keluarga klien mengatakan kaki dan tangan klien bengkak sebelah kanan O:Ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan terlihat bengkak 4. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi S:- O: - 5. Menganjurkan berolahraga rutin 	

			<p>S:keuarga klien mengatakan klien jarang berolahraga</p> <p>O:</p> <p>6. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>S: Keluarga klien mengatakan klien minum obat tekanan darah jika kambuh saja</p> <p>O: -</p>	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (0054)	Senin,08 mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak sadar</p> <p>2. Mengidentifikasi tonensi fisik melakukan pergerakan</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak sadar</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>S : -</p> <p>O : TD 160/60 mmHg</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu MIKA MIKI</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak terpasang pagar tempat tidur</p> <p>5. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tidak sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri</p>	
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan	Senin, 08 Mei 2023	<p>7. Monitorkecepatan,tekanan,kuantitas, volume, dan diksi berbicara</p> <p>S:</p> <p>O: Klien terlihat susah berbicara</p>	


	<p>dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)</p>		<p>8. Monitor proses kognitif frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu berbicara S: O:Klien terlihat pelo</p> <p>9. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi S:- O:Klien tampak tidak ada respon saat diajak berbicara</p> <p>10. Ulangi apa yang disampaikan pasien S:- O: Klien tampak tidak bisa apa apa</p> <p>11. Berikan dukungan psikologis S:- O:-</p> <p>12. Anjurkan berbicara perlahan S:- O: Klien tampak memperhatikan Perawat berbicara</p>	
--	--	--	---	---


CATATAN KEPERAWATAN HARI KEDUA


Nama klien :Tn.M

Tanggal Pengkajian: Selasa, 09 Mei 2023

Ruangan :IMC

No	Dx kep	Waktu	Tindakan	Paraf
1	Perfusi Perifer Efektif b.d peningkatan tekanann darah (D.0009)	Selasa, 09 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>anklebrachial index</i>) S: - O: Tekanan darah terlihat 148/94mmHg 2. Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) S: keluarga klien mengatakan tekanan darah klien masih tinggi O:- 3. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas S:keluarga klien mengatakan kaki dan tangan klien bengkak sebelah kanan O:Ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan terlihat bengkak 4. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi S:- O: - 5. Menganjurkan berolahraga rutin 	

			<p>S:keuarga klien mengatakan klien jarang berolahraga</p> <p>O:</p> <p>6. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>S: Keluarga klien mengatakan klien minum obat tekanan darah jika kambuh saja</p> <p>O: -</p>	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (0054)	Selasa, 09 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak tidak sadar</p> <p>2. Mengidentifikasi tolensi fisik melakukan pergerakan</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak tidak sadar</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>S : -</p> <p>O : TD 148/94 mmHg</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien tampak terpasang pagar tempat tidur</p> <p>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>6. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p> <p>S : -</p>	


			O : Pasien tidak sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri	
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)	Selasa, 09 Mei 2023	<p>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi berbicara S: O: Klien masih tampak susah berbicara</p> <p>2. Monitor proses kognitif frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu berbicara S: O: Klien tampak terlihat sedikit memperhatikan perawat berbicara</p> <p>3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi S:- O: Klien tampak sedikit ada respon saat diajak berbicara</p> <p>3. Ulangi apa yang disampaikan pasien S:- O: Klien tampak belum bisa apa apa</p> <p>4. Berikan dukungan psikologis S:- O:-</p> <p>5. Anjurkan berbicara perlahan S: O: Klien tampak sedikit memperhatikan perawat berbicara</p>	



CATATAN KEPERAWATAN HARI KETIGA

Nama Klien: Tn.M

Tanggal pengkajian: Rabu, 10 Mei 2023

Ruangan: IMC

No	Dx kep	Waktu	Tindakan	Paraf
1	Perfusi Perifer Efektif b.d peningkatan tekanann darah (D.0009)	Rabu, 10 Mei 2023	<p>1. Memeriksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>anklebrachial index</i>) S: - O: Tekanan darah terlihat 140/84mmHg</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) S: keluarga klien mengatakan tekanan darah klien masih tinggi O:-</p> <p>3. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas S:keluarga klien mengatakan kaki dan tangan klien bengkak sebelah kanan O:Ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan terlihat bengkak</p> <p>4. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur S: Keluarga klien mengatakan klien minum obat tekanan darah jika kambuh saja</p>	

			O: -	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)	Rabu, 10 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : - O : Pasien tampak tidak sadar 2. Mengidentifikasi tolensi fisik melakukan pergerakan S : - O : Pasien tampak tidak sadar 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi S : - O : TD 140/84 mmHg 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) S : - O : Pasien tampak terpasang pagar tempat tidur 5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi S : - O : - 6. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) S : - O : Pasien tidak sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri 	
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral	Rabu, 10 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi berbicara S: O: Klien masih tampak susah berbicara 2. Monitor proses kognitif frutasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu berbicara 	



	(D.0119)		<p>S: O:Klien tampak terlihat sedikit memperhatikan perawat berbicara</p> <p>3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi S:- O:Klien tampak sedikit ada respon saat diajak berbicara</p> <p>4. Ulangi apa yang disampaikan pasien S:- O: Klien tampak belum bisa mengulangi</p> <p>5. Beikan dukungan psikologis S:- O:keluarga klien tampak mengajak berbicara positif klien terus</p> <p>6. Anjurkan berbicara perlahan S: O:Klien tampak sedikit memperhatikan perawat berbicara</p>	
--	-----------------	--	--	--


CATATAN PERKEMBANGAN HARI PERTAMA

Nama Klien : Tn.M

Tanggal Pengkajian: Senin, 08 Mei 2023

Ruangan : IMC

No	Dx kep	Tanggal/ waktu	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	Perfusi Perifer tidak Efektif b.d peningkatan tekanann darah (D.0009)	Senin, 08 Mei 2023 (09:00) wib	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga klien mengatakan masih kepala klien bagian belakang leher sakit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> TTV Td:180/90mmHg N :80x/menit S :36,9c RR:22x/menit Spo2:97% Klien tampak mengisaratkan sakit dibagian belakang leher <p>A: Perufusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)	Senin, 08 Mei 2023 (10:00) Wib	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>kk. Pasien tampak tidak sadar</p> <p>ll. TD : 160/60 mmHg</p> <p>mm. Pasien tampak</p>	


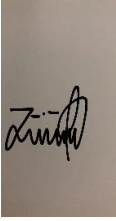
			<p>terpasng pagar tempat tidur</p> <p>nn. Pasien tidsk sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri</p> <p>A : Masalah Gangguan Mobilitas Fisik b.d peningkatan tekanan darah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
3	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)</p>	<p>Senin, 08 Mei 2023</p> <p>(11:00) Wib</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak belum bisa berbicara - Klien tampak pelo - Klien tampak tidak ada respon <p>A: Masalah Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral</p> <p>P: Lanjukan Intervensi</p>	


CATATAN PERKEMBANGAN HARI KEDUA

Nama klien : Tn.M

Tanggal Pengkajian: Selasa, 09 Mei 2023

Ruangan :IMC

No	Dx Kep	Tanggal/ waktu	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	Perfusi Perifer tidak Efektif b.d peningkatan tekanann darah (D.0009)	Selasa, 09 Mei 2023 (09:00) Wib	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan masih merasa sakit dibagian belakang leher <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV: Td:148/94mmHg N :78x/menit S :36,7c RR:21x/menit Spo2:98% <p>A: Masalah Perfusi Perifer tidak Efektif b.d peningkatan tekanann darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)	Selasa, 09 Mei 2023 (10:00) Wib	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>oo. Pasien tampak tidak sadar</p> <p>pp. TD : 148/94 mmHg</p> <p>qq. Pasien tampak</p>	



			<p>terpasang pagar tempat tidur</p> <p>rr. Pasien tidsk sadar dan hanya dilakukan miring kanan dan miring kiri</p> <p>A : Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
3	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)</p>	<p>Selasa, 09 Mei 2023 (11:00) Wib</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak belum bisa berbicara - Klien masih tampak pelo - Klien sedikit ada respon <p>A: Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan Intervensi</p>	


CATATAN PERKEMBANGAN HARI KETIGA

Nama klien: Tn. M

Tanggal Pengkajian: Rabu, 10 Mei 2023

Ruangan :IMC

No	Dx Kep	Tanggal/ waktu	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	Perfusi Perifer tidak Efektif b.d peningkatan tekanann darah (D.0009)	Rabu, 10 Mei 2023 (10:00) Wib	<p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV: Td:140/84mmHg N :76x/menit S :36,6c RR:21x/menit Spo2:99% <p>A: Masalah Perfusi Perifer tidak Efektif b.d peningkatan tekanann darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)	Rabu, 10 Mei 2023 (11:00) Wib	<p>S:-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ss. Pasien tampak tidak sadar tt. TD : 140/84 mmHg uu. Pasien tampak terpasang pagar tempat tidur vv. Pasien tidsk sadar dan hanya dilakukan miring 	

			<p>kanan dan miring kiri</p> <p>A : Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
3	<p>Perfusi Perifer tidak Efektif b.d peningkatan tekanann darah (D.0009)</p>	<p>Rabu, 10 Mei 2023 (12:00) Wib</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak belum bicara - Klien sedikit ada respon <p>A: Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penuruan sirkulasi serebral belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan Intervensi</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membandingkan antara teori pada bab 2 dengan kasus di bab 3 yaitu Kasus Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Cerebrovascular Disease Dengan Diabetes Melitus Dan Cerebrovascular Dengan Hipertensy Emergency Pada Ny.K Dan Tn.M yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi mulai tanggal 06 Mei 2023 sampai dengan tanggal 08 Mei 2023 dan tanggal 08 Mei 2023 sampai dengan tanggal 10 Mei 2023 di ruang IMC RSUD Cengkareng Jakarta Barat.

A. Pengkajian

1. Menurut Teori

Penegakan diagnosis *Cerebrovascular Disease* didapatkan dari hasil riwayat, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan diagnostik. Penulis menggunakan sumber dari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) sebagai dasar untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang muncul pada pasien dengan *Cerebrovascular Disease (CVD)* sesuai teori adalah: Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat, Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak, Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neurovaskuler, Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler, Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran, Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi

fisik, Resiko Aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran, Resiko injuri berhubungan dengan penurunan kesadaran.

2. Menurut Kasus

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. K didapatkan data pasien mengalami penurunan kesadaran satu jam SMRS, sudah hari perawatan ke 8, ketika dikaji pasien terdapat sekret, pernapasan terdengar ronchi, kesulitan ketika berkomunikasi, bibir pelo, mengalami kelumpuhan pada bagian kanan tidak bisa digerakkan. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi, DM Tipe II rutin kontrol ke puskesmas dan rutin minum obat amlodipin 10 mg dan metformin 500 mg. Setelah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital di dapatkan hasil, TD: 160/60 mmHg, Nadi: 95 x/menit, RR: 22 x/menit, Saturasi Oksigen: 98%, Suhu: 38,9 °C, akral teraba hangat. dengan BB: 59kg, pasien terpasang DC dan terpasang oksigen 3Lpm, urine berwarna kuning pucat, dengan bau khas. Sedangkan pasien kedua Tn.M berumur 48 tahun, BB 65kg, sudah hari perawatan ke 6 dibawa ke UGD RSUD Cengkareng karena keluarga mengatakan pasien ditemukan sudah tergeletak di mess pukul 10.00 pagi terdapat kelemahan tubuh sisi kanan sejak 4 jam sebelum masuk rumah sakit, tangan dan kaki tidak bisa digerakkan pasien tidak bisa berbicara. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan rutin minum obat amlodipin 10 mg. setelah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil, TD : 180/90mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 22x/menit, saturasi oksigen : 97%, suhu : 36,6, pasien terpasang oksigen 3 lpm, pasien terpasang kateter dengan BB 65 kg.

3. Analisa Penulis

Berdasarkan hasil analisis penulis, didapatkan kesamaan antara data yang ada di teori dengan data yang dikemukakan dalam kasus, seperti gejala yang timbul yaitu terdapat kelemahan anggota gerak, bicara pelo dan tidak dapat berkomunikasi, biasanya berlangsung sangat mendadak disertai muntah bahkan penurunan kesadaran atau gangguan fungsi otak lainnya. Ny.K Dan Tn.M sama-sama memiliki riwayat penyakit Hipertensi, hanya Ny. K yang memiliki riwayat DM Tipe II.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Menurut Teori

Penegakan diagnosis *Cerebrovascular Disease* (CVD) didapatkan dari hasil riwayat, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan diagnostik. Penulis menggunakan sumber dari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) sebagai dasar untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang muncul pada pasien dengan *Cerebrovascular Disease* (CVD) sesuai teori adalah: Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat, Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak, Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neurovaskuler, Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler, Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran, Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi

fisik, Resiko Aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran, Resiko injuri berhubungan dengan penurunan kesadaran.

2. Menurut Kasus

Pada kasus pertama yaitu pada Ny. K, penulis menegakkan 4 diagnosa keperawatan dengan keluhan yang pasie rasakan, diantaranya :

- a. Hipertermia b.d proses penyakit (mis.proses penyakit)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot
- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
- d. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

Pada pasien kedua yaitu Tn. M terdapat 3 diagnosa diantaranya :

- a. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

3. Analisa Penulis

Perbandingan antara data yang ada di teori dengan data yang ditemukan pada Ny. K kasus tidak selalu memiliki kesamaan seperti ketidakstabilan kadar gula darah yang tidak ada dalam teori namun terdapat data pendukung yang sesuai pada kasus. Karena diagnosa keperawatan yang di angkat memprioritaskan masalah dengan menyesuaikan keadaan klien.

C. Intervensi

1. Menurut Teori

Intervensi menurut teori antara lain:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan Hipertensi
 - 1) Identifikasi peningkatan tekanan intrakranial.
 - 2) Monitor peningkatan TD
 - 3) Monitor penurunan tingkat kesadaran
 - 4) Pertahankan posisi kepala dan leher netral.
 - 5) Berikan periode istirahat antara tindakan perawatan dan batasi lamanya prosedur
 - 6) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)
- b. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
- c. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit
- d. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
- e. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum)

- f. Anjurkan minum air yang cukup
 - g. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
3. Konstipasi b.d Ketidakadekuatan Toileting
- a. Periksa tanda dan gejala konstipasi
 - b. Periksa pergerakan usus
 - c. Identifikasi faktor resiko konstipasi
 - d. Anjurkan diet tinggi serat
 - e. Lakukan masase abdomen, jika perlu
 - f. Lakukan evakuasi feses secara manual
 - g. Berikan enema atau irigasi
 - h. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan
 - i. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
 - j. Latih buang air besar secara teratur
 - k. Kolaborasi obat pencahar, jika diperlukan.
4. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler
- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
 - d. Fasilitasi aktivitas mobiltas dengan alat bantu
 - e. Fasilitasi melakukan pergerakan

- f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan melakukan mobilisasi dini
 - g. Jelaskan tujuan dan prosedur ROM Pasif kepada pasien
 - h. Anjurkan mengubah posisi tiap 2 jam
 - i. Ajarkan ROM Pasif
5. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular
- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas dan volume
 - b. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal : memori, pendengaran, dan bahasa)
 - c. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari tekanan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
 - d. Berikan terapi vokal AIUEO
 - e. Ajarkan bicara perlahan
 - f. Berikan dukungan
 - g. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara.

- h. Pada tahap ini intervensi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya, dengan maksud agar semua kebutuhan pasien dapat terpenuhi dan masalah keperawatan dapat diselesaikan secara optimal. Menerapkan tindakan yang mengacu pada SIKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

6. Menurut Kasus

Intervensi yang di gunakan pada kasus ini menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) adalah sebagai berikut:

Bersihkan jalan napas tidak efektif: monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan semi fowler, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen 3 lpm, berikan asupan cairan 2000ml/hari, kolaborasi pemberuan bronkodilator.

Gangguan mobilisasi fisik: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi pada keluarga, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan mika miki pada keluarga pasien.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah: identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, monitor intake-output cairan, berikan asupan cairann NGT, infus, konsultasi dengan medis jika tanda gejala hiperglikemi tetap ada/memburuk, kolabobarikan pemberian insulin novorapid,

Risiko perfusi serebral tidak efektif: identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda/ gejala peningkatan TIK, monitor status pernapasan, monitor intake-output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, hindari pemberian cairan IV hipotonik, pertahankan suhu tubuh normal, kolaborasi pemberian diuretik osmosis, kolaborasi pemberian pelunak tinja K/P.

Gangguan komunikasi verbal: monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi berbicara, monitor proses kognitif frustasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu berbicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, anjurkan berbicara perlahan.

7. Analisa Peneliti

Terdapat perbedaan antara intervensi pada teori dengan intervensi pada kasus karena pada kasus ditemukan data pendukung yang sesuai dengan diagnosa hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi). Dan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yaitu pasien memiliki riwayat DM Tipe II dan kadar glukosa darah 345 mg/dl. Namun pada dasarnya intervensi yang dilakukan pada Ny.K dan Tn. M berasal dari teori yang diterapkan pada intervensi SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) dan SIKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang ada di teori dengan yang dilakukan pada kasus terdapat perbedaan dalam pelaksanaannya karena adanya diagnosa tambahan

dalam kasus, namun pada dasarnya pelaksanaan tindakan keperawatan tidak hanya dilakukan sendiri melainkan berkolaborasi dengan berbagai pihak di rumah sakit seperti dokter, farmasi, ahli gizi dan analis kesehatan untuk tercapainya perawatan secara optimal

Salah satu tindakan mandiri intervensi yang dilakukan pada kasus pertama Ny.K melakukan kompres air dingin untuk menurunkan suhu tubuh tujuan melakukan kompres air dingin agar suhu pasien turun dan pasien merasa nyaman saat istirahat. Sedangkan untuk pasien kedua Tn. M dapat tambahan diagnosa dalam kasus perfusi perifer tidak efektif .

Penelitian terkait menyebutkan bahwa terapi kaki air hangat memiliki pengaruh terhadap pasien pasca stroke (Haryanto et al., 2014).

D. Implementasi Atau Catatan Perkembangan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. K dan Tn. M dibagi empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan peneliti disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun. Implementasi pada kasus 1 dan kasus 2 dari tanggal 08 Mei dan 10 Mei 2023 dilakukan setelah dilakukan 3 hari perawatan.

Menurut analisa penulis pencapaian masalah secara keseluruhan memerlukan penambahan masa perawatan untuk dapat menangani masalah sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditentukan.

Dari hasil implementasi dapat dilihat pada hasil evaluasi Ny. K diketahui pasien masih tampak turun suhu tubuhnya namun, pasien masih tidak sadar dan dilakukan miring kiri dan miring kanan (MIKA MIKI) untuk meminimalkan resiko terjadinya luka tambahan di punggung pasien. Sedangkan pada pasien kedua Tn. M masih belum stabil pada tekanan darah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu keduanya sudah tergeletak, dan terdapat kelemahan pada tubuh, dan mempunyai riwayat penyakit tekanan darah yang tidak stabil.
2. Diagnosa yang diangkat pada kedua klien berbeda yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis.infeksi), Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kelemahan otot dan Risiko perfusi serebral tidak efektif. Sedangkan diagnosa yang berbeda diangkat pada kedua klien yaitu hipertermia berhubungan dengan ptpses penyakit (mis.infeksi) dan Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan terapi non-farmakologis kompres air dingin dan rendam kaki air hangat memiliki pengaruh terhadap pasien pasca stroke.
4. Implementasi keperawatan ini bukan hanya menerapkan standar intervensi keperawatan indonesia melainkan juga menerapkan tindakan yang sudah terlaksana menurut evidence based yang dilakukan di intervensi dan dilakukan dengan optimal karena dukungan kelengkapan alat dari RSUD CENGKARENG dan dukungan dari keluarga pasien.

5. Hasil evaluasi pada kedua kasus ini masalah keperawatan belum teratasi dan akan terus tercapai dengan waktu perawatan yang lebih lama.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Saran kepada perawat RSUD CENGKARENG untuk dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan selalu memberikan pelayanan yang professional dan bermutu kepada pasien.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya ilmu keperawatan kritis.

DAFTAR PUSTAKA

- Astriani, N. M. D. Y., Dewi, P. I. S., Heri, M., & Widiari, N. K. E. (2019). Terapi AIUEO terhadap Kemampuan Berbicara (Afasia Motorik) pada Pasien Stroke. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1(2), 396–405.
<https://doi.org/10.31539/joting.v1i2.924>
- Endang, D., Indrawati, S., Si, M., & Psikologi, F. (2010). *Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tentang Fak.*
- Fabiana Meijon Fadul. (2019). Konsep Stroke Hemoragik. *Konsep Stroke Hemoragik*, 8–47.
- Hamidjoyo, B. P., & Wreksoatmodjo, B. R. (2021). Pengaruh Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) terhadap Insiden dan Tatalaksana Penyakit Serebrovaskular. *Cermin Dunia Kedokteran*, 48(8), 283. <https://doi.org/10.55175/cdk.v48i8.1444>
- Haryanto, G. D. A., Setyawan, D., & Kusuma, M. A. B. (2014). Pengaruh Terapi AIUEO Terhadap Kemampuan Bicara Pada Pasien Stroke Yang Mengalami Afasia Motorik Di RSUD Tugurejo Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 1–11.
- Jeki, A. G. (2017). Hubungan Hipertensi, Obesitas dan Diabetes Melitus dengan Kejadian Stroke di Poli Saraf Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi tahun 2017. *Scientia Journal*, 6(02), 118–126.


Polyclinic, N., Abidin, Z., & Aceh, B. (2017). *Hubungan Derajat Stroke Terhadap Status Kognitif Pada Pasien Stroke Iskemik Di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Umum Daerah dr . Zainoel Abidin Banda Aceh Relationship Degree Stroke on The Cognitive Status Patients Ischemic Stroke. 2, 61–67.*

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). PPNI.



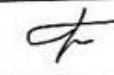




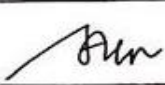
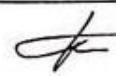
Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). PPNI.

Lampiran 1, Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir

 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) Jl. Cut Mutia Raya No. 88A-Kel Sepanjang Jaya – Bekasi Telp (021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 Web: stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id					
FORMULIR PENILAIAN PRESENTASI UJIAN SIDANG KIAN					
Nomor Dokumen	:	FM.059/A.004/PROF.NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	:	15 Juni 2023
Revisi	:	0	Tgl efektif	:	27 Juli 2023

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

No	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1	Jumat, 05 Mei 2023	10:19 WIB	Konsultasi judul KIAN, sambil menunggu panduan KIAN.		ACC Judul
2	Selasa, 30 Mei 2023	08:10 WIB	Konsultasi KIAN Bab 1 dan 2		Revisi
3	Kamis, 09 Juni 2023	09:00 WIB	Konsultasi BAB 1,2 & 3		Revisi
4	Minggu, 11 Juni 2023	16:55 WIB	Membahas BAB 3 & 4		Revisi
5	Selasa, 13 Juni 2023	09:00 WIB	Membahas BAB 3& 4		ACC BAB 3&4
6	Rabu, 14 Juni 2023	07:00 WIB	ACC KIAN		ACC
7	Kamis, 15 Juni 2023	10:00 WIB	Sidang KIAN		
8	Kamis, 27 Juli 2023	13:00 Wib	Konsul Post Sidang KIAN		ACC HC Penguji I
9	Kamis, 27 Juli 2023	15:30 Wib	Konsul Post Sidang KIAN		ACC HC Penguji II

Kepala Program Studi Keperawatan (S1) dan profesi Ners



**Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIDN. 0316028302**

Lampiran 2. Biodata Peneliti

BIDOTA PENELITI



I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Zalna Uvilailati
NPM : 22.156.03.11.109
TTL : Suak, 04 Juni 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat : Dusun Cukuh Mutun RT01/03, Kec. Sidomulyo, Kab. Lampung Selatan
Email : uvilailatiz@gmail.com

II. Riwayat Pendidikan

SD : SDN 01 Suak Tahun 2012
SMP : SMPN 03 Sidomulyo Tahun 2015
SMA : SMK Kesehatan Hampar Baiduri Kalinda Tahun 2018
Perguruan Tinggi (SI) : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Medistra Indonesia Kota Bekasi (2018- 2022)
Profesi Ners : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Medistra Indonesia (2022-2023)