

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWAT DARURATAN PADA Tn. K
DENGAN DIAGNOSA MEDIS CVA INFARK + HIPERTENSI +
PNEUMONIA DI RUANG ICU CENTRAL RUMKITAL dr.
RAMELAN SURABAYA**



OLEH :

WILA AYU WARDANI

2130121

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2022

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWAT DARURATAN PADA Tn. K
DENGAN DIAGNOSA MEDIS CVA INFARK + HIPERTENSI +
PNEUMONIA DI RUANG ICU CENTRAL RUMKITAL dr.
RAMELAN SURABAYA

**Karya Ilmial Akhir ini diajukan untuk memperoleh gelar Ners (Ns.) di Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :

WILA AYU WARDANI
NIM. 2130121

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiarasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 4 Juli 2022
Penulis,



Wila Ayu Wardani
NIM. 213.0121

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Wila Ayu Wardani

NIM : 2130121

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Dengan Diagnosa Medis
CVA Infark + Hipertensi + Pneumonia Pada Tn.K Di Ruang ICU
Central RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.) :

Surabaya, 4 Juli 2022

Pembimbing

Pembimbing

Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03.033

Kukuh Widodo, S.Psi., S.Kep., Ns.
NIP.197305181994031006

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus S., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03007

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Dari :

Nama : Willa Ayu Wardani

NIM : 2130121

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Kegawat Daruratan Pada Tn.K Dengan
Diagnosa Medis CVA Infark + Hipertensi + Pneumonia di
Ruang ICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan didepan dewan siding Karya Ilmiah Akhir STIKES Hang Tuah
Surabaya, pada :

Hari, Tanggal : Rabu, 4 Juli 2022

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan LULUS dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar NERS pada Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah
Surabaya

Penguji I : Ns.Nuh Huda, M.Kep.,Sp.,Kep.MB.
NIP.03.020

Penguji II : Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03.033

Penguji III : Kukuh Widodo, S.Psi., S.Kep., Ns
NIP.197305181994031006

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus S., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03007

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M., selaku kepala RSPAL dr.Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Dr. A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan Pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Hidayatus S., S.Kep., Ns., M.Kep, selaku kepala program studi Pendidikan profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Bapak Kukuh Widodo, S.Psi., S.Kep., Ns., selaku pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam Menyusun Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang telah tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik

semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Surabaya, 4 Juli 2022

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping strokes.

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	3
1.3 Tujuan penulisan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat teoritis	4
1.4.2 Secara Praktis.....	5
1.5 Metode penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 KONSEP STROKE.....	8
2.1.1 Definisi Stroke	8
2.1.2 Klasifikasi Stroke	8
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Patofisiologi Stroke.....	10
2.1.5 Faktor Risiko.....	10
2.1.6 Tanda dan Gejala.....	12
2.1.7 Tata laksana.....	13
2.2 Konsep Hipertensi	15
2.2.1 Definisi Hipertensi	15
2.2.2 Etiologi.....	15
2.2.3 Patofisiologi	16
2.2.4 Tanda dan gejala.....	18
2.2.5 Tata laksana.....	18
2.3 Konsep Pneumonia.....	19
2.3.1 Definisi.....	19
2.3.2 Etiologi.....	20
2.3.3 Patofisiologi	20
2.3.4 Tanda dan gejala.....	21
2.3.5 Tata laksana.....	21
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	22
2.5 WOC	34
BAB 3 TINJAUAN KASUS	35
3.1 Pengkajian Keperawatan	35

3.1.1	Identitas Pasien	35
3.1.2	Riwayat Kesehatan.....	16
3.1.3	Pemeriksaan fisik	35
3.1.4	Pemeriksaan Penunjang.....	37
3.1.5	Lembar Pemberian Terapi.....	40
3.1.6	Analisa data.....	43
3.1.7	Lembar observasi perawatan intensif	45
3.1.8	Rencana Asuhan Keperawatan	46
3.1.9	Implementasi & Evaluasi	50
BAB 4 PEMBAHASAN		62
4.1	Pengkajian	62
4.1.1	Identitas.....	62
4.1.2	Riwayat Kesehatan.....	63
4.1.3	Primary survey	64
4.1.4	Pemeriksaan Fisik.....	66
4.1.5	Diagnosa keperawatan	69
4.1.6	Rencana Keperawatan.....	71
4.1.7	Implementasi.....	74
4.1.8	Evaluasi.....	76
BAB 5 PENUTUP.....		79
5.1	Simpulan.....	79
5.2	Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA		81
Lampiran 1		84
Lampiran 2		85

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan	28
Table 3.1 Pemeriksaan Penunjang	35
Tabel 3.2 Pemberian Terapi Obat	38
Tabel 3.3 Analisa Data	41
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	44
Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 WOC CVA Infark	31
---------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

TIK : Tekanan Intrakranial

CVP : *Central Venous Pressure*

MAP: *Mean Artery Pressure*

NGT: *Nasogastric Tube*

ETT : *Endotracheal Tube*

AGD: Analisa Gas Darah

CVA: *Cerebrovascular Accident*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Stroke iskemik terjadi karena adanya keterbatasan atau rendahnya aliran darah menuju otak yang diakibatkan oleh thrombosis dan emboli yang dapat menyebabkan hipoperfusi otak dan tekanan intrakranial meningkat. Berkurangnya aliran darah ke otak mengakibatkan terjadinya hipoksemia daerah regional otak dan dapat mengakibatkan edema serebri (Budi et al., 2019). Hipertensi merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan terjadinya stroke iskemik. Pada hipertensi terjadi vasokonstriksi dan gangguan sirkulasi kemudian di dalam otak terjadi peningkatan pembuluh darah. Hal ini terjadi akibat penurunan elastisitas pembuluh darah yang kemudian berdampak pada suplai darah ke jaringan (Dela, 2019). Salah satu komplikasi yang paling sering terjadi pada pasien yang menderita stroke adalah pneumonia atau disebut *stroke-associated pneumonia* (SAP) (Wandira & Amalia, 2018). Pasien dengan hemiparesis dan penurunan kesadaran cenderung lebih mudah terinfeksi dan mengalami penurunan protektif refleks batuk, sehingga memiliki akumulasi sputum yang lebih banyak dan meningkatkan peluang terjadinya infeksi (Wandira & Amalia, 2018). Dengan begitu masalah keperawatan yang muncul pada kasus ini yaitu penurunan tekanan adaptif intrakranial, risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, penurunan curah jantung, gangguan mobilitas fisik bersihan jalan napas tidak efektif Apabila masalah ini tidak segera di atasi dapat menimbulkan kecacatan, komplikasi penyakit, hingga kematian.

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2015 terdapat 15.000.000 orang yang terkena stroke setiap tahunnya. Berdasarkan laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas, 2013) Indonesia tahun 2017 prevalensi stroke mengalami peningkatan dari 8,3% 2014 menjadi 12,1% 2015. Prevalensi stroke di Jawa Timur sebesar 21,2% dan diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil. Pada studi kasus hari didapatkan data jumlah pasien di ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya 3 bulan terakhir pasien bulan Februari sampai dengan bulan Mei pasien CVA berjumlah 40 pasien dan pasien CVA infark berjumlah 38 pasien.

Secara umum hipertensi merupakan faktor utama yang dapat memicu terjadinya stroke iskemik. Hipertensi mengakibatkan timbulnya plak di pembuluh darah besar (aterosklerosis). Dampak yang ditimbulkan dengan adanya plak di dalam pembuluh darah akan menyebabkan penyempitan lumen atau diameter pembuluh darah. Plak yang tidak stabil akan mudah menyebabkan pembuluh darah menjadi mudah lepas, sehingga jika plak terlepas akan menyebabkan peningkatan risiko tersumbatnya pembuluh darah di otak. Jika proses ini terjadi, maka akan menyebabkan timbulnya penyakit stroke Jayanti (2015) dalam (Laily, 2016). Kerusakan pada otak ini juga membuat terjadinya hemiparase hingga penurunan kesadaran sehingga menurunkan refleks batuk yang dapat berisiko terjadinya komplikasi pneumonia yang dapat meningkatkan angka kematian karena stroke (Wandira & Amalia, 2018).

Dalam mengatasi berbagai permasalahan yang timbul pada pasien stroke di ICU, masalah yang sering muncul yaitu kelemahan pada anggota gerak hingga penurunan kesadaran.. Dalam proses penyembuhannya maka pasien memerlukan

bantuan dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya (Dewi et al., 2016). Perawat membantu memenuhi kebutuhan ADL pasien ruang ICU seperti BAB, BAK, mandi, hingga kebutuhan nutrisi. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan perawat dalam menangani peningkatan TIK yaitu dengan mengatur posisi pasien dengan kepala sedikit elevasi 15° - 30° untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan menyebabkan penurunan tekanan darah sistemik (Erliyana Ely, 2016). Pasien juga dibantu untuk pergerakan yang disebut rentang gerak ROM (Range Of Motion) yang diberikan pada pasien yang mobilitasnya terbatas karena penyakit (Sulistiyawati, 2020). Dari masalah lain yang ditimbulkan akibat stroke dapat dilakukan intervensi berdasarkan SIKI (2017) seperti monitor tanda-tanda vital, kaji status nutrisi pasien, monitor status pernapasan, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, melakukan suction, dan dilakukan intubasi serta pemasangan ventilator untuk membuka jalan napas.

1.2 Rumusan masalah

Bagaimana asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada klien Tn. K dengan diagnosa medis CVA infark + Hipertensi + Pneumonia di ruang ICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya ?

1.3 Tujuan penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Tn. K dengan diagnosa medis CVA Infark + Hipertensi + Pneumonia.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Tn. K dengan diagnosa medis CVA infark + Hipertensi + Pneumonia di ruang ICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn. K dengan diagnosa medis CVA infark + Hipertensi + Pneumonia di ruang ICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun perencanaan pada Tn. K dengan diagnosa medis CVA infark + Hipertensi + Pneumonia di ruang ICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada Tn. K dengan diagnosa medis CVA infark + Hipertensi + Pneumonia di ruang ICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Tn. K dengan diagnosa medis CVA infark + Hipertensi + Pneumonia di ruang ICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan, program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan.

1.4.1 Manfaat teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang ICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk Menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan CVA infark + Hipertensi + DM sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark + Hipertensi + Pneumonia serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan

3. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit CVA Infark + Hipertensi + Pneumonia sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode penulisan

1. Metoda

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan pasien dan dari rekam medis pasien Tn.K.

a. Sumber data

Data sekunder Adalah data yang diperoleh dari catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

b. Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar , dan daftar lampiran.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis CVA Infark + Hipertensi + Pneumonia

BAB 3 : hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4 : pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : simpulan dan saran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP STROKE

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah ketidaknormalan fungsi sistem saraf pusat yang disebabkan oleh gangguan kenormalan aliran darah ke otak. Stroke dibagi dalam dua kategori yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik diartikan stroke trombolitik dan stroke embolitik (Brunner & Suddarth, 2010) dalam (Budi et al., 2019).

Stroke iskemik atau stroke non hemoragik adalah kematian jaringan otak karena gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh tersumbatnya arteri serebral (Mutiasari, 2019).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

a. Stroke iskemik

Stroke iskemik disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan arteri yang mengarah ke otak, embolus yang menyebabkan sumbatan di satu atau beberapa arteri ekstra kranium. Pada usia lebih dari 65 tahun penyumbatan atau penyempitan dapat disebabkan oleh aterosklerosis. Pada keadaan normal aliran darah ke otak 58 ml/100 gram jaringan otak setiap menit. Bila hal ini turun sampai 18 ml/100 gram jaringan otak setiap menit maka aktivitas listrik neuron terhenti tetapi struktur sel masih baik, sehingga gejala klinis masih *reversible*. Apabila penurunan aliran darah terjadi semakin parah menyebabkan jaringan otak mati, disebut sebagai infark (Setyopranoto, 2011) dalam (Kusyani, 2022).

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat adanya perdarahan. Perdarahan tersebut dapat terjadi apabila arteri di otak pecah, darah keluar ke otak atau rongga antara permukaan luar otak dan tengkorak. Perdarahan *intracerebral* adalah ekstravasi darah yang berlangsung spontan dan mendadak ke dalam parenkim otak yang bukan disebabkan oleh trauma (Kusyani, 2022).

2.1.3 Etiologi

Menurut (Smeltzer, 2001) dalam (Ariani, 2012) stroke iskemik biasanya diakibatkan dari salah satu kejadian yaitu sebagai berikut :

1. Trombosis serebral

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan paling umum dari stroke. Beberapa pasien dapat mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragik intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum terjadi kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau parastesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

2. Embolisme serebral

Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya sehingga merusak sirkulasi serebral,. Awitan hemiparesis atau hemiplegia tiba-tiba dengan afasia, tanpa afasia, atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari emboli serebral.

3. Iskemia serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi *atheroma* pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

2.1.4 Patofisiologi Stroke

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) di lokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus. Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan berkurangnya aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis, Esther, 2010 dalam (Putut, 2015).

2.1.5 Faktor Risiko

Ada beberapa faktor risiko stroke menurut Mansyoer, 2001 dalam (Kusyani, 2022) :

1. Usia

Pada saat umur bertambah kondisi jaringan tubuh sudah mulai kurang fleksibel dan lebih kaku termasuk pembuluh darah.

2. Keturunan

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga stroke akan lebih rentan dibandingkan dengan orang lain yang tidak memiliki riwayat stroke.

3. Penyakit jantung

Jantung menyebabkan pemompaan darah ke seluruh bagian tubuh menjadi tidak normal, dari hal ini bisa dipahami hubungan yang erat antara penyakit jantung dan stroke.

4. Hipertensi

Tekanan darah yang tinggi dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya trombus sehingga dapat mengganggu aliran darah serebral.

5. Aneurisma pembuluh darah serebral

Adanya penebalan pada satu tempat yang diikuti oleh penipisan di tempat lain mengakibatkan kelainan pada pembuluh darah.

6. Diabetes mellitus

Terjadinya viskositas darah sehingga memperlambat aliran darah serebral dan adanya kelainan microvaskuler sehingga berdampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral.

7. Peningkatan kolesterol

Peningkatan lipid total menjadi penyebab aterosklerosis dan terbentuknya embolus dari lemak disebut kolesterol tubuh yang tinggi.

8. Obesitas

Pada seseorang yang obesitas dapat terjadi hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol

9. Rokok

Asap yang dihirup saat merokok akan menimbulkan plak pada pembuluh darah oleh karena nikotin, sehingga terjadi aterosklerosis.

10. Kurang aktivitas fisik.

2.1.6 Tanda dan Gejala

Serangan untuk tipe stroke apa pun akan menimbulkan defisit neurologis yang bersifat akut. Tanda dan gejala stroke (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Penurunan kesadaran

Biasanya terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadi gangguan metabolik akibat hipoksia.

2. Hemidefisit motorik, sensorik

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunteer dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

3. Afasia dan disfagia

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.

4. Mulut mencong tidak simetris

5. Nyeri kepala hebat, vertigo, mual, muntah terjadi karena peningkatan tekanan intracranial.

6. Disatria (bicara pelo)

Kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun pasien dapat memahami pembicaraan. Disatria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah, dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

7. Proses kencing terganggu

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

8. Gangguan penglihatan

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

2.1.7 Tata laksana

1. Pasien diberi oksigen 2 lpm dan cairan kristaloid, hindari pemberian cairan dekstrosa atau salin dalam H₂O.
2. Dilakukan pemeriksaan CT Scan otak, elektrokardiografi, foto toraks, darah perifer lengkap, jumlah trombosit, protombin time/INR, APPT, glukosa darah, kimia darah, jika hipoksia lakukan analisis gas darah.

3. Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang. Ubah posisi tidur setiap 2 jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
4. Bebaskan jalan napas, beri oksigen 1-2 lpm, jika perlu dilakukan intubasi.
5. Demam diatasi dengan antipiretik kemudian dicari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermitten). Pemberian nutrisi dengan cairan kristalois atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonic.
6. Pemberian nutrisi per oral hanya jika fungsi menelannya baik, jika didapatkan gangguan menelan turun atau penurunan kesadaran dianjurkan memasang selang nasogastric.
7. Kadar gula darah >150mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 pertama. Hipoglikemi diatasi segera dengan dekstrosa 40% iv sampai kembali normal.
8. Nyeri kepala atau mual muntah diatasi dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan kecuali bila tekanan sistolik >220 mmHg, diastolic >120 mmHg. *Mean Arterial Pressure* >130 mmHg pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit., atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif, serta gagal ginjal. Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.

9. Jika terjadi hipotensi diberi NaCl 0,9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai hipotensi dapat diatasi. Jika belum terkoreksi dapat diberi dopamine 2-20ug/kg/menit sampai tekanan darah sistolik >110 mmHg. Jika kejang, diberi diazepam 5-20 mg iv pelan-pelan selama 3 menit, maksimal 100 mg per hari. Pemberian anti konvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin).
10. Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan per oral jangka panjang. Jika didapatkan TIK meningkat, diberi mannitol bolus intravena 0,25 sampai 1g/kgBB per 30 menit setiap 6 jam selama 3-5 hari. Harus dilakukan pemantauan osmolalitas (<320 mmol), sebagai alternatif dapat diberikan larutan hipertonik (NaCl 3%) atau furosemide.
11. Terapi khusus ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan, atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (*recombinant tissue Plasminogen Activator*). Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu sitikolin atau pirasetam (jika didapatkan afasia).

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistole 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg dimana melebihi angka normalnya dengan pengukuran dua kali selang waktu 5 menit dalam keadaan tenang (JR. Martindale, 2009) dalam Syahfitri (2021).

2.2.2 Etiologi

Menurut (Udjianti, 2010) hipertensi disebabkan oleh beberapa pencetus yaitu :

Usia, merokok, mengkonsumsi alkohol, obesitas, genetik, penyakit ginjal, kelainan hormonal, Pada ibu hamil umumnya terjadi saat 20 minggu kehamilan, asupan natrium dalam jumlah besar, diabetes mellitus, stenosis arteri renalis, disfungsi tiroid.

3.1.1 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama :

Tidak terkaji

2. Riwayat penyakit sekarang :

Pasien dibawa oleh anaknya pada tanggal 26 februari 2022. Lima hari yang lalu pasien bisa berdiri tapi tidak bisa berjalan. Tanggal 23 februari pasien mulai sulit diajak komunikasi, mual (-), muntah (-), tidak mau makan. Pada tanggal 26 Februari pasien tidak bisa bicara sama sekali, badan miring ke kiri, wajah perot ke kiri, demam (+) sejak 2 hari yang lalu, batuk (+) 1 bulan, sesak (+), saturasi di rumah 84%. Selama di rumah pasien mengkonsumsi obat diovan, abixa, aricet, amlodipine, acetylsistein, paracetamol. Hasil pengkajian di IGD GCS 1X2, TD 210/120 mmHg, MAP 150, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 38°C, setelah diberi oksigen nasal kanul 4 lpm SPO₂ 99%, hemiparase sinistra, CRT <2detik. Pasien di pindah ke ruang ICU jam 09.20. Hasil pengkajian di ICU tanggal 1 Maret 2022 pasien terpasang ETT on ventilator mode respirator BIPAP, PEEP 8, FiO₂ 100%, RR 26x/menit, GCS 1X2 total 3, pupil anisokor, kesadaran koma, saturasi 98%, TD 120/64 mmHg, nadi 113 x/menit, suhu 37,8 C.

3. Riwayat penyakit dahulu :

Keluarga mengatakan Tn. K memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 7 tahun yang lalu. Pasien mengkonsumsi amlodipine 5mg.

4. Riwayat alergi

Keluarga mengatakan Tn. K tidak memiliki riwayat alergi makanan maupun obat-obatan.

2.2.3 Patofisiologi

Tekanan darah arteri merupakan produk total resistensi perifer dan curah jantung. Curah jantung meningkat karena keadaan yang meningkatkan frekuensi jantung, volume sekuncup atau keduanya. Resistensi perifer meningkat karena faktor-faktor yang meningkatkan viskositas darah atau yang menurunkan ukuran lumen pembuluh darah, khususnya pembuluh arteriolar. Beberapa teori membantu menjelaskan terjadinya hipertensi :

- a. Perubahan pada bantalan dinding pembuluh darah arteriolar yang menyebabkan peningkatan resistensi perifer.
- b. Peningkatan tonus pada system saraf simpatik yang abnormal dan berasal dari dalam pusat system vasomotor, peningkatan tonus ini menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler perifer.
- c. Peningkatan penebalan dinding arteriolar akibat faktor genetik yang menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler perifer.
- d. Peningkatan volume darah yang terjadi karena disfungsi renal atau hormonal.

Hipertensi yang berlangsung lama akan meningkatkan beban kerja jantung karena terjadi peningkatan resistensi terhadap injeksi ventrikel kiri. Untuk meningkatkan kekuatan kontraksinya, ventrikel kiri mengalami hipertrofi sehingga kebutuhan jantung akan oksigen dan beban kerja jantung meningkat. Dilatasi dan kegagalan jantung dapat

terjadi ketika keadaan hipertrofi tidak lagi mampu mempertahankan curah jantung yang memadai. Karena hipertensi memicu proses aterosklerosis arteri koronaria, maka jantung dapat mengalami gangguan lebih lanjut akibat penurunan aliran darah ke dalam miokardium sehingga timbul angina pektoris atau infark miokard. Hipertensi juga menyebabkan kerusakan pembuluh darah yang semakin mempercepat proses aterosklerosis serta kerusakan organ, seperti cedera retina, gagal ginjal, stroke, dan aneurisma (Marya, 2011).

2.2.4 Tanda dan gejala

1. Nyeri kepala oksipital (yang bisa semakin parah pada saat bangun di pagi hari karena terjadi peningkatan tekanan intrakranial), mual dan vomitus dapat pula terjadi.
2. Epitaksis yang mungkin terjadi karena kelainan vaskuler akibat hipertensi.
3. Bruits (bising pembuluh darah yang dapat terdengar di daerah aorta abdominalis atau arteri karotis, arteri renalis dan femoralis) bising pembuluh darah ini disebabkan oleh stenosis atau aneurisma.
4. Perasaan pening, bingung, dan keletihan yang disebabkan oleh penurunan perfusi darah akibat vasokonstriksi pembuluh darah.
5. Penglihatan kabur.
6. Edema yang disebabkan oleh peningkatan tekanan kapiler (Marya, 2011).

2.2.5 Tata laksana

1. Non farmakologis

Terapi non farmakologis terdiri dari menghentikan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan berlebih, konsumsi alkohol berlebih, asupan garam dan

asupan lemak, latihan fisik serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur (Tommy, 2019).

2. Farmakologis

Penderita hipertensi stadium 2 harus dievaluasi atau dirujuk ke layanan kesehatan primer dalam 1 bulan setelah diagnosis, mendapat terapi non-farmakologis dan obat anti-hipertensi (dengan 2 obat berbeda jenis), dan evaluasi tekanan darah setelah 1 bulan. Penderita hipertensi dengan tekanan darah sistolik ≥ 180 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg perlu dievaluasi dan ditatalaksana segera dengan obat anti-hipertensi (paling lambat dalam 1 minggu). Pada dewasa dengan tekanan darah normal, evaluasi dapat diulang setiap tahun adapun contoh obat anti hipertensi antara lain yaitu (Nuraini, 2015) :

- a. beta-bloker, (misalnya propranolol, atenolol)
- b. penghambat *angiotensin converting enzymes* (misalnya captopril, enalapril)
- c. antagonis angiotensin II (misalnya candesartan, losartan)
- d. *calcium channel blocker* (misalnya amlodipin, nifedipin) dan
- e. *alpha-blocker* (misalnya doksasozin)

2.3 Konsep Pneumonia

2.3.1 Definisi

Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengenai saluran pernapasan bawah dengan tanda dan gejala seperti batuk dan sesak napas. Hal ini diakibatkan oleh adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, *mycoplasma* (fungi), dan aspirasi substansi asing yang berubah eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan) pada paru-paru (Rizka Lahmudin, 2020).

2.3.2 Etiologi

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) penyebab terjadinya pneumonia yaitu :

1. Virus : *respiratory syncytial virus*, virus influenza, virus sistomegalitik, adeno virus.
2. Bakteri : *pneumococcus*, *diplococcus pneumonis*, *hemophilus influenzae*, *streptococcus hemolyticus*, *streptococcus aureus*, *bacillus Friedlander*, *mycobacterium tuberculosis*.
3. Jamur : *candida albicans*, *coccidiodies*, *aspergilus species*, *histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatitides*, *cryptococcus neuroformans*.
4. Pneumonia hipostatik
5. Non mikroorganisme seperti merokok, bahan kimia, polusi lingkungan.

2.3.3 Patofisiologi

Menurut (Padila, 2013), Pneumonia disebabkan oleh mikroorganisme yaitu bakteri, virus, jamur dan protozoa. Mikroorganisme tersebut masuk ke dalam saluran pernafasan melalui inhalasi udara dari atmosfer, tidak hanya itu mikroorganisme penyebab pneumonia dapat masuk ke dalam paru-paru melalui aspirasi dari nasofaring atau orofaring dan berkembang biak pada jaringan paru. Kuman masuk menuju alveolus melalui poros kohn setelah masuk ke dalam alveolus akan terjadi reaksi peradangan atau inflamasi hebat, hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler di tempat infeksi yang mengakibatkan membrane pada paru-paru akan meradang dan berlubang, dari reaksi inflamasi tersebut akan menimbulkan reaksi seperti demam, anoreksia dan nyeri pleuritis, selanjutnya *Red Blood Count* (RBC) dan *White Blood Count* (WBC) dan cairan akan keluar masuk alveoli sehingga dapat

mengakibatkan terjadinya sekresi, edema, dan bronkospasme yang dapat menimbulkan manifestasi klinis seperti dispnea, sianosis dan batuk, selain itu hal ini juga dapat menyebabkan terjadinya partial oklusi yang dapat menjadikan daerah paru-paru menjadi padat (konsolidasi), maka kapasitas vital dan *compliance* paru menurun dimana kelainan ini dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk mempertahankan kemampuan pertukaran gas terutama O₂ dan CO₂, konsolidasi ini juga mengakibatkan meluasnya permukaan membrane respirasi dan penurunan rasio ventilasi perfusi kedua hal ini dapat menyebabkan terjadinya penurunan kapasitas difusi gas, karena oksigen kurang larut dari pada karbon dioksida, perpindahan oksigen ke dalam darah sangat terpengaruh, yang sering menyebabkan penurunan saturasi oksigen hemoglobin sehingga timbul masalah gangguan pertukaran gas.

2.3.4 Tanda dan gejala

Menurut (Marya, 2011) tanda dan gejala yang dapat timbul pada pneumonia yaitu peningkatan frekuensi napas, sianosis (kadang-kadang), kadang terjadi penurunan ekspansi, terdapat ronchi, pekak pada perkusi, sesak napas.

2.3.5 Tata laksana

Penderita yang penyakitnya tidak terlalu berat bisa diberikan antibiotic per-oral dan tetap tinggal di rumah. Pada penderita dengan sesak napas yang berat disertai dengan penyakit jantung atau penyakit paru lainnya harus dirawat dan antibiotik diberikan melalui infus. Penatalaksanaan umum yang dapat diberikan antara lain (Nurafif & Kusuma, 2015) :

1. Oksigen 1-2 lpm.

2. IVFD dekstrose 10% : NaCl 0,9% = 3 : 1 + KCl 10 mEq/500 ml cairan. Jumlah cairan sesuai berat badan, kenaikan suhu, dan status hidrasi.
3. Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transport mukosilier. Koreksi gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit.
4. Untuk kasus pneumonia *community based* :
 - a. Ampisilin 100 mg/kgBB/hari dalam 4 kali pemberian.
 - b. *Chloramphenicol* 75 mg/kgBB/hari dalam 4 kali pemberian.
5. Untuk kasus pneumonia hospital based :
 - a. Sefatoksim 100 mg/kgBB/hari dalam 2 kali pemberian.
 - b. Amikasin 10-15 mg/kgBB/hari dalam 2 kali pemberian.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

A. *Primary survey*

1. *Airway*

Kepatenan jalan napas adalah komponen yang terpenting yang harus segera ditangani untuk mencegah terjadinya hipoksia pada pasien stroke. Hal yang dapat dilakukan yaitu bebaskan jalan napas kaji apakah ada obstruksi, kaji adanya perdarahan, muntah, secret, dan saliva. Oropharyngeal airway diperlukan pada pasien dengan penurunan kesadaran tanpa gangguan refleks muntah.

2. *Breathing*

Kaji kemampuan bernapas pada pasien, hitung frekuensi napas pasien, adanya perubahan pola napas (takipnea), dispnea, auskultasi paru terdengar stridor atau

ronchi atau mengi, dan amati pergerakan dinding dada, kaji penggunaan otot bantu napas dan retraksi dada.

3. *Circulation*

Sirkulasi yang memadai perlu diperhatikan untuk mengetahui fungsi pemompaan jantung dalam mempertahankan perfusi ke seluruh jaringan ketika terjadi stroke, adanya perubahan tekanan darah, tekanan darah cenderung meningkat karna adanya tekanan pada perfusi serebral, kaji denyut nadi, disritmia dapat terjadi pada pasien stroke hemoragik karena adanya darah dalam CSF (*Cerebrospinal Fluid*), suhu dapat meningkat akibat masalah metabolik atau infeksi tertentu. Akses intravena perlu dilakukan, pengambilan darah rutin.

4. *Disability*

Penilaian neurologis untuk menilai defisit motorik atau sensorik yang terjadi karena adanya penurunan kesadaran yang dapat mempengaruhi status *airway*, *breathing*, *circulation* pada pasien. Adanya lemah, kaku, hilang keseimbangan, kaji tingkat kesadaran menggunakan GCS, kaji respon menelan pasien, kaji bentuk dan reaksi pupil terhadap cahaya, kaji kemampuan motorik pasien, kaji respon terhadap rangsangan, kaji peningkatan TIK.

5. *Eksposure*

Penilaian seluruh anggota tubuh dapat dilakukan untuk memastikan apakah pasien mengalami trauma atau cedera pada saat serangan stroke hal ini dapat dilakukan dengan melepaskan pakaian pasien dengan tetap menghormati privasi pasien dengan meletakkan selimut di atas tubuh pasien. Hipotermia mungkin dapat

terjadi akibat adanya kesulitan aliran darah, gangguan oksigenasi ataupun gangguan koagulasi (Monemnasi, 2019).

B. *Secondary survey*

Secondary survey dilakukan apabila kondisi yang mengancam jiwa pasien sudah diatasi. Panduan dalam melakukan anamnesis dapat dilakukan dengan menggunakan akronis AMPLE yaitu A = *Allergies*, apakah pasien memiliki alergi tertentu, M = *Medications*, apakah ada obat yang sedang dikonsumsi, P = *Past medical history*, apakah pasien pernah dirawat atau berobat sebelumnya, L = *Last meal*, apa saja yang dikonsumsi pasien terakhir kali, dan E = *Events surrounding injury*, apakah pasien mengalami cedera atau trauma sebelumnya.

C. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013) dalam (Sulistiyawati, 2020) hal yang perlu dikaji antara lain :

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 dan diagnosis medis.

2. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

D. Pemeriksaan fisik

1. B1 (Breath)

Inspeksi didapatkan peningkatan produksi sputum, pola napas takipnea. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun. Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis pada pengkajian inspeksi pernapasan tidak ada kelainan. Palpasi thorak didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2. B2 (Blood)

Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan bisa terdapat adanya hipertensi masif TD>200 mmHg. Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

3. B3 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami *inkontinensia urine* sementara karena konfusi, ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarus eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi *intermitten* dengan tehnik steril. *Inkontinensia urine* yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

4. B4 (Brain)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mual sampai muntah dihubungkan dengan peningkatan

produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5. *B5 (Bowel)*

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain.

6. *B6 (Bone)*

Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dehidrasi, terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensorik, atau *paralisis/hemiplegia*, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat, Muttaqin, 2004 dalam (Erliyana, 2016).

7. Pengkajian saraf kranial

- a. Saraf I: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- b. Saraf II. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat

memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

- c. Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis pada tubuh.
- d. Saraf V. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.
- e. Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
- f. Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- g. Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- h. Saraf XI. Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoi dan trapezius
- i. Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal (Ariani, 2012).

E. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori, dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik)
2. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas

3. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus kapiler
4. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular
5. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas
6. Hipertermi b.d proses penyakit (infeksi)
7. Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung
8. Risiko luka tekan
9. Risiko perfusi serebral tidak efektif
10. Risiko aspirasi
11. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah
12. Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler

G. Rencana Keperawatan

Tabel 2.1 Rencana keperawatan

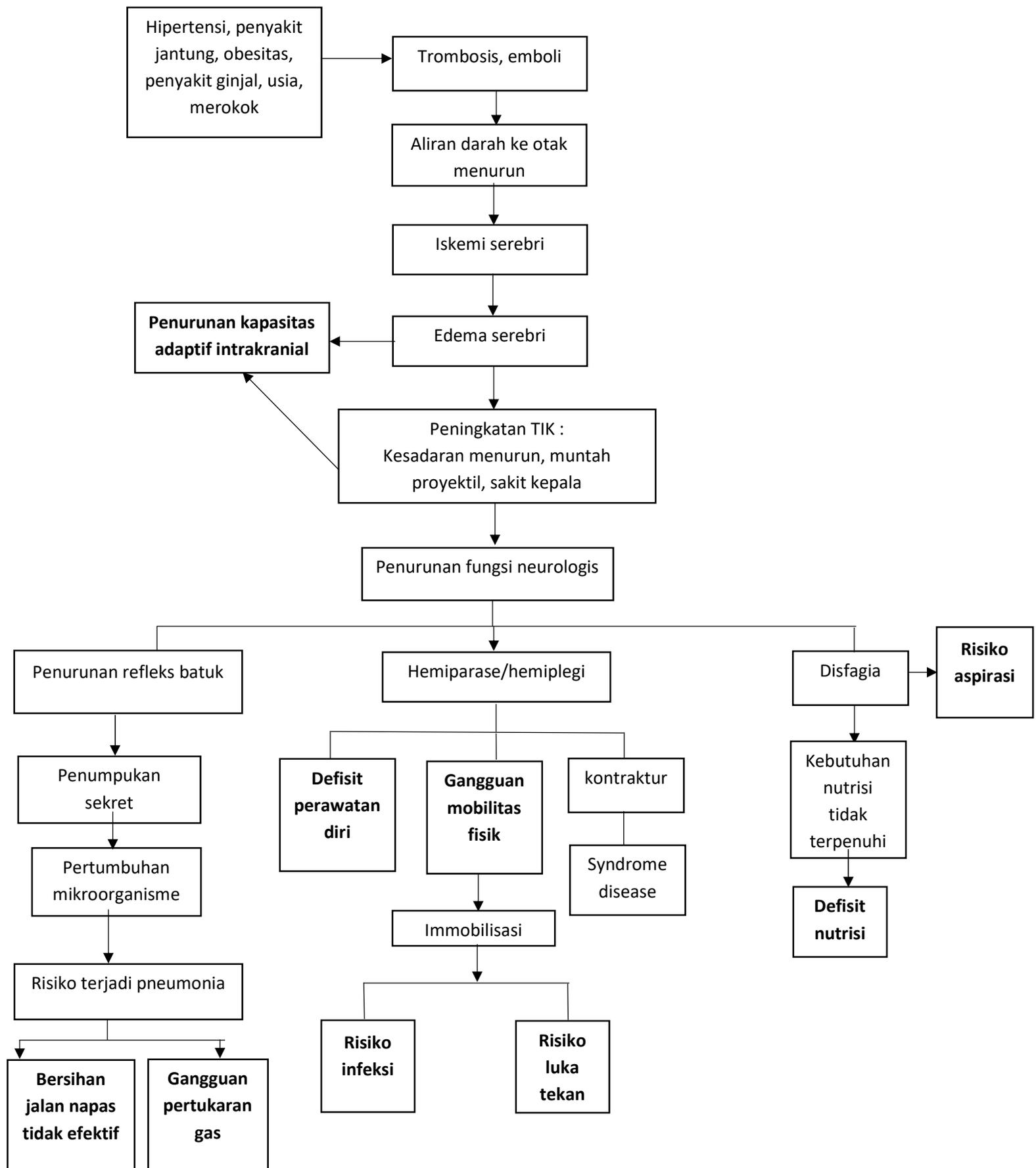
NO	MASALAH	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d stroke iskemik	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intrakranial membaik 3. Tekanan darah membaik 4. Tekanan nadi membaik 5. Pola napas membaik 6. Respon pupil membaik <p>(SLKI, L.06049) hal. 35</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, nadi meningkat, pola napas takipnea, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor respon pupil (anisokor) 6. Monitor terjadinya kejang 7. Monitor intake output <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan posisi semifowler 9. Cegah terjadinya kejang <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian sedasi (miloz) dan antikonvulsan (phenytoin, valproate) 11. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis (manitol) <p>Intervensi utama (SIKI, I.06194) hal. 205</p>
2.	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus kapiler	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. Pola napas membaik 	<p>Intervensi utama (SIKI, I.01014) hal. 247</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (takipnea) 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor adanya produksi sputum (jumlah dan warna) 4. Auskultasi bunyi napas (ronchi)

		<p>4. PCO2 membaik 5. pH arteri membaik 6. PO2 membaik 7. Takikardia membaik (SLKI, L.01003) hal. 94</p>	<p>5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor nilai AGD Intervensi pendukung (SIKI, I.01011) hal. 186 Terapeutik : 7. Lakukan suction 8. Lakukan fisioterapi dada 9. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan Kolaborasi : 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran (bisolvon, midatro).</p>
3.	<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Takikardia menurun 2. Gambaran EKG aritmia menurun 3. Edema menurun 4. Oliguria menurun 5. Tekanan darah membaik 6. CVP membaik 7. CRT membaik (SLKI, L.02008) hal. 20</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (dispnea, edema, peningkatan CVP, oliguria, ronchi) 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor nilai laboratorium jantung (hct, Na, K, Cl, BUN) Terapeutik : 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Kolaborasi : 7. Kolaborasi pemberian antiaritmia (digoxin) 8. Kolaborasi pemberian antiplatelet (aspilet) (Intervensi utama SIKI, I.02075) hal. 317</p>
4.	<p>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka manajemen nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor berat badan</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Serum albumin meningkat 2. Jumlah residu cairan lambung menurun 3. Bising usus membaik 4. Membran mukosa membaik <p>(SLKI, L.03030) hal. 121</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (albumin serum, hemoglobin, hematokrit, elektrolit darah) 4. Monitor jumlah residu lambung sebelum pemberian makanan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pasang selang NGT 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (inpepsa) 8. Kolaborasi dengan ahli gizi jenis nutrisi yang dibutuhkan <p>Intervensi utama (SIKI, I.03119) hal. 200</p>
5.	Hipertermi b.d proses penyakit	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. suhu tubuh membaik 2. suhu kulit membaik 3. kadar glukosa darah membaik 4. kulit merah menurun 5. takikardi menurun 6. takipnea menurun <p>(SLKI, L.14134) hal. 129</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab hipertermi (infeksi) 2. monitor suhu tubuh 3. monitor haluaran urine 4. monitor kadar elektrolit, TD, suhu, frekuensi napas, dan nadi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. longgarkan atau lepaskan pakaian 6. berikan kompres dingin <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena (NS 500 cc) 8. Kolaborasi pemberian antipiretik (paracetamol) <p>Intervensi utama (SIKI, I.15506) hal. 181</p>

6.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. kaku sendi menurun 2. kekuatan otot meningkat (SLKI, L.05042) hal. 65	Observasi : 1. monitor kondisi kulit 2. monitor komplikasi tirah baring Terapeutik : 3. berikan latihan gerak pasif 4. bantu kebutuhan ADL pasien Intervensi pendukung (SIKI, I.14572) hal. 350
7.	Risiko luka tekan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi luka tekan dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kemerahan menurun 3. Elastisitas meningkat 4. Suhu kulit membaik 5. Tekstur membaik (SLKI, L.14125) hal.33	Observasi : 1. Monitor suhu kulit yang tertekan 2. Monitor ketat area yang memerah 3. Monitor status kulit harian Terapeutik : 4. Berikan bantal pada titik tekan 5. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat dan inkontinensia fekal atau urin (SIKI, I.14543) hal. 281

2.5 WOC



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan kegawat daruratan pada Tn. K dengan CVA Infark + hipertensi + pneumonia, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 1 Maret 2022 – 3 Maret 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 1 Maret 2022 pukul 07.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari data observasi dan sim RS pasien dengan nomor register 29XXXXX sebagai berikut :

3.2 Pengkajian Keperawatan

3.2.1 Identitas Pasien

Nama Tn. K bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 69 tahun dan beragama Hindu. Pasien telah menikah, Pendidikan terakhir SMA . Pasien sudah di rawat di ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya sejak tanggal 25 Februari 2022.

3.2.2 Pemeriksaan fisik

A. Primary survey

1. Airway

Pasien bernapas dengan ventilator yang terpasang ETT, jalan napas terdapat sumbatan berupa lendir berwarna kekuningan, Suara napas tambahan ronchi, lendir di mulut berwarna putih, tidak ada darah.

2. Breathing

RR 26 x/mnt, nafas regular, tidak ada sianosis, tidak ada nafas cuping hidung, tidak

RR 26 x/mnt, nafas regular, tidak ada sianosis, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada tarikan dinding dada, menggunakan ventilator FiO₂ 100%, PEEP 8, mode respirator BIPAP.

3. *Circulation*

Akral hangat, TD 120/64 mmHg, MAP 83, nadi 113 x/menit, suhu 37,8°C, CRT <2 detik.

4. *Disability*

Terjadi penurunan kesadaran, adanya kelemahan atau letargi, hilang keseimbangan.

B. *Secondary survey*

1. *B1 (Breath)*

Terdapat sputum dengan warna kekuningan, pola napas berubah (takipnea), terdapat bunyi napas tambahan ronchi pada lapang paru kanan dan kiri, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 26x/menit, bentuk dada normo chest, terpasang ventilator FiO₂ 100%, PEEP 8, mode respirator PC-BIPAP.

2. *B2 (Blood)*

Tekanan darah 120/64 mmHg, akral hangat, nadi 113 x/menit, suhu 37,8°C, CRT <2 detik, MAP = 83 (normal = 70-110).

3. *B3 (Brain)*

Refleks pupil anisokor, GCS 1X2, pasien tidak mampu menelan/disphagia, kesadaran koma, pasien kejang pada ekstremitas kanan atas. Nervus Kranial saat dilakukan pengkajian persarafan didapatkan kelemahan fisik pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, saraf olfaktorius (N. III), saraf fasialis (N. VII), saraf glosofaringeus (N. IX), saraf vagus (N. X).

4. *B4 (Bladder)*

Pasien terpasang kateter, produksi urine 50-200 CC/3 jam, urine berwarna kuning

jernih, BB 60 kg, tidak terjadi ruptur uretra, tidak terdapat distensi vesika urinaria.

5. B5 (Bowel)

Tidak ada distensi abdomen, BAB kuning kecoklatan konsistensi lembek, bau khas, pasien terpasang NGT, tidak ada perdarahan, residu lambung 100 CC berwarna keruh, bibir kering, BB 68 kg, pasien diet MLP 6X150 cc, tidak ada diare, bising usus 10x/menit.

6. B6 (Bone)

Terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah, tidak ada sianosis, tidak ada lesi, turgor kulit elastis, pitting edema +1, tidak terdapat fraktur.

3.2.3 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.1 hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien Tn. K dengan diagnosis CVA Infark + Hipertensi + Pneumonia ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya :

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
26-02-2022	1. SGOT 2. SGPT 3. Albumin 4. GD Acak 5. Natrium 6. Kalium 7. Clorida	1. 17 U/I 2. 13 U/I 3. 2,71 mg/dl 4. 130 mg/dl 5. 139,7 mmol/L 6. 3,31 mmol/L 7. 101, 6 mmol/L	1. 0-35 U/I 2. 0-37 U/I 3. 3,5 – 5 mg/dl 4. mg/dl 5. 135-145 mmol/L 6. 3,5-5 mmol/L 7. 95-108 mmol/L
27-02-2022	CT Scan kepala non kontras	Kesimpulan : - Saat ini tak tampak <i>infark cerebri subacute</i> /kronik, hemmorhaage maupun SOL di brain parenkim - Kecurigaan <i>adanya infark cerebri acute</i> dan <i>hyperacute</i> belum	

		<p>sepenuhnya dapat disingkirkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brain atrofi - Sinusitis maksilaris kiri, ethmoidalis kanan kiri sphenoidalis kanan 	
	<p>Pemeriksaan mikrobiologi Bahan pemeriksaan : Sputum</p>	<p>Kesimpulan : Ditemukan bakteri bentuk bacil gram negative +2 dan coccus gram positif +1, leukosit +2, epitel +1, ditemukan hyfa.</p>	
02-03-2022	<p>DL</p> <p>1. Leukosit</p> <p>2. Eosinophil</p> <p>3. Neutrophil</p> <p>4. Limfosit</p> <p>5. Monosit</p> <p>6. Hemoglobin</p> <p>7. Hematokrit</p> <p>Eritrosit Indeks eritrosit :</p> <p>8. MCV</p> <p>9. MCH</p> <p>10. MCHC</p> <p>11. RDW_CV</p> <p>12. RDW_SD</p> <p>Trombosit indeks trombosit :</p> <p>13. MPV</p> <p>14. PDW</p> <p>15. PCT</p> <p>16. P-LCC</p> <p>17. P-LCR</p> <p>Kimia klinik Fungsi hati</p>	<p>1. 16,46</p> <p>2. 0,00</p> <p>3. 96,40</p> <p>4. 2,20</p> <p>5. 1,20</p> <p>6. 12,80</p> <p>7. 39,60</p> <p>8. 82,2</p> <p>9. 26,5</p> <p>10. 32,3</p> <p>11. 15,4</p> <p>12. 44,8</p> <p>13. 9,7</p> <p>14. 16,3</p> <p>15. 0,173</p> <p>16. 48</p> <p>17. 27,0</p> <p>18. 2,51</p>	<p>1. 4.00-10.00</p> <p>2. 0,02-0,5</p> <p>3. 50-70</p> <p>4. 20,0-40,0</p> <p>5. 3,0-12,0</p> <p>6. 13-17</p> <p>7. 40-50</p> <p>8. 80-100</p> <p>9. 26-34</p> <p>10. 32-36</p> <p>11. 11-16</p> <p>12. 35-56</p> <p>13. 6,5-12,0</p> <p>14. 15-17</p> <p>15. 1,08-2,82</p> <p>16. 30-90</p> <p>17. 11-45</p> <p>18. 3,50-5,20</p>

03 Maret 2022	<p>18. Albumin</p> <p>Elektrolit dan gas darah</p> <p>19. Natrium 20. Kalium 21. Clorida</p> <p>Analisis Gas Darah Arteri</p> <p>22. pH 23. PCO2 24. PO2 25. HCO3Act 26. HCO3Std 27. BE (ecf) 28. BE (B) 29. CtCO2 30. O2 SAT : 98,7 N : >95% 31. O2 CT 32. PO2/FIO2 33. PO2 (A-a)(T) 34. PO2 (a/A)(T) 35. Temp 36. ctHb 37. FIO2</p> <p>Foto Thorax AP Kesimpulan : Pneumonic process paru bilateral</p> <p>HEMOSTATIS FAAL HEMOSTATIS D-dimer : 2400</p> <p>Fungsi hati Albumin</p>	<p>19. 139,4 20. 3,31 21. 98,5</p> <p>22. 7,443 23. 56,7 24. 134,8 25. 38,0 26. 35,5 27. 13,8 28. 11,7 29. 39,8 30. 98,7</p> <p>31. 18,0 32. 1,37 33. 515,1 34. 0,21 35. 36,7 36. 12,8 37. 100</p> <p>2,66</p>	<p>19. 135-147 20. 3-5 21. 95-105</p> <p>22. 7,350-7,450 23. 35-45 24. 80-100 25. 38,0 26. 22-26 27. -2 sd +2</p> <p>28. <500</p>

3.2.4 Lembar Pemberian Terapi

Tabel 3.2 hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien Tn. K dengan diagnosis CVA

Infark + Hipertensi + Pneumonia ruang ICU Central Rumkital dr. Ramelan Surabaya :

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
Selasa, 1 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bisolvon+Midatro 2. Cinam 3. Moxfloxacin 4. Citicoline 5. Resfar 6. Paracetamol 7. Aptor 8. Serbion 9. Asam folat 10. Valproate 11. Atorvastatin 12. Inpepsa 13. Vascon 14. Vasopressin 0,02 15. Digoxin 16. Dobutamine 17. Lasix 	<ol style="list-style-type: none"> 3x10 mg Nebul 4 x 1,5 g 1 x 400 mg 1 x 250 mg (drip Ns) 1 x 25 ml 2 x 600 mg per oral 2 x 1 500 mg per oral 0-0-5 mg per oral 1 x 100 mg per oral 1 x 1 per oral 1 x 1 per oral 4 x 5 ml syrup 1 x 20 mg per oral 3 x 30 ml per oral 150 nano ½ ampul drp Ns 100 Jika up menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengencerkan dahak 2. Antibiotik 3. Antibiotik 4. Mengurangi kerusakan jaringan 5. Mengencerkan dahak 6. Meredakan demam 7. Pengencer darah 8. Vitamin B kompleks 9. Vitamin B 10. Meredakan kejang 11. Menurunkan kolesterol 12. Untuk tukak lambung 13. Meningkatkan tekanan darah 14. Untuk hipertensi 15. Gangguan irama jantung 16. Meningkatkan aliran darah 17. Penumpukan cairan 1. Mengencerkan dahak

<p>Rabu, 02 Maret 2022</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bisolvon + midatro 2. Cinam 3. Moxifloxacin 4. Citicoline 5. Resfar 6. Lansoprazole 7. Aptor 8. Serbion 9. Asam folat 10. Valproate syrup 11. Atorvastatin 12. Inpepsa 13. Digoxin 14. Vascon 15. Vasopressin 16. Miloz 17. Dobutamine (jalan bila urin menurun) 	<ol style="list-style-type: none"> 2 x 10 mg nebul 4 x 1,5 g 1 x 400 mg 1 x 250 mg drip Ns 500cc 1 x 25 ml 1 x 30 1 x 100 mg per oral 1 x 1 per oral 1 x 1 per oral 4 x 5 cc per oral 1 x 20 mg per oral 3 x 30 ml per oral 1 x 1 per oral 200 nano 0,02 1 mg 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Antibiotik 3. Antibiotik 4. Mengurangi kerusakan jaringan 5. Mengencerkan dahak 6. Asam lambung 7. Pengencer darah 8. Vitamin B kompleks 9. Vitamin B 10. Meredakan kejang 11. Menurunkan kolesterol 12. Tukak lambung 13. Gangguan irama jantung 14. Meningkatkan tekanan darah 15. Untuk hipertensi 16. Sedasi 17. Meningkatkan aliran darah
<p>Kamis, 03 Maret 2022</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bisolvon + midatro 2. Cinam 3. Moxifloxacin 4. Citicoline 	<ol style="list-style-type: none"> 3x10 mg nebul 4 x 1,5 g 1 x 400 mg 1 x 250 mg 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengencerkan dahak 2. Antibiotic 3. Antibiotic

	5. Resfar	1 x 25 ml	4. Mengurangi
	6. Lansoprazole	1 x 30 ml	kerusakan jaringan
	7. Phenytoin	3 x 100 mg	5. Mengencerkan dahak
	8. Aptor	1 x 100 mg per oral	6. Asam lambung
	9. Serbion	1 x 1 per oral	7. Meredakan kejang
	10. Asam folat	1 x 1 per oral	8. Pengencer darah
	11. Valproate syrup	3 x 10 cc per oral	9. Vitamin B kompleks
	12. Atorvastatin	1 x 20 mg per oral	10. Vitamin B
	13. Inpepsa	3 x 30 mg per oral	11. Meredakan kejang
	14. Digoxin	1 x 1 per oral	12. Menurunkan
	15. Vascon	100 nano	kolesterol
	16. Vasopressin	0,02 ui/jam	13. Asam lambung
	17. Miloz	1 mg/jam	14. Gangguan irama
	18. Dobutamine	Bila up menurun atau tidak keluar	jantung
			15. Meningkatkan
			tekanan darah
			16. Untuk hipertensi
			17. Sedasi
			18. Meningkatkan aliran
			darah

3.2.5 Analisa data

NO	ANALISA DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p>DS : tidak terkaji</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran menurun - TD 120/64 mmHg, nadi 113x/menit, MAP 82,6, RR 26x/menit, - Pupil anisokor (dekstra) - Keadaan umum lemah - Kejang pada ekstremitas atas dekstra - GCS 1X2 total 3 - CT Scan kepala tanpa kontras : Kecurigaan <i>adanya infark cerebri acute</i> dan <i>hyperacute</i> belum sepenuhnya dapat disingkirkan 	Edema serebral (stroke iskemik)	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (SDKI, D.0066) hal. 149
2.	<p>DS : Tidak terkaji</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCO₂ : 56,7, PO₂ : 134,8, pH : 7,443, HCO₃ : 35,5, BE : 13,8 - Nadi : 113x/menit, RR 26x/menit - Pola napas takipnea - Terdapat sekret kental kekuningan - Pasien terpasang ventilator FiO₂ 100%, PEEP 8, mode respirator PC-BIPAP - Foto Thorax AP Kesimpulan : Pneumonic proses paru bilateral 	Perubahan membrane alveolus kapiler	Gangguan pertukaran gas (SDKI, D0003) hal. 22
3.	<p>DS : Tidak terkaji</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CVP 8 cm H₂O - Edema pada ekstremitas bawah dan atas kanan dan kiri - Pitting edema +1 - Nadi 113x/menit, TD 120/64 mmHg, RR 26x/menit 	Perubahan frekuensi jantung	Penurunan curah jantung (SDKI, D.0011) hal. 34

	- Oliguria 50-100 cc/3 jam						
4.	<p>DS : Tidak terkaji</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disfagia - Serum albumin 2,71, Hb 12,80,het 39,60 - Retensi NGT 130 cc warna keruh - Bising usus 10x/menit - Membrane mukosa kering - BB 60 kg 	Ketidak mampuan menelan	Defisit nutrisi (SDKI, D.0019) hal. 56				
5.	<p>DS : Tidak terkaji</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 37,8° C - Kulit terasa hangat - Nadi 113x/menit, RR 26x/menit - Leukosit 16.460 - D-dimer 2400 - Pemeriksaan mikrobiologi (kultur sputum) Kesimpulan : - Ditemukan bakteri bentuk bacil gram negative +2 dan coccus gram positif +1, leukosit +2, epitel +1, ditemukan hyfa - Foto Thorax AP Kesimpulan : Pneumonic process paru bilateral 	Proses penyakit (Infeksi)	Hipertermi (SDKI, D. 0130) hal. 284				
6.	<p>DS : Tidak terkaji</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2222</td><td>2222</td></tr><tr><td>2222</td><td>2222</td></tr></table> - Pasien penurunan kesadaran - GCS 1X2 - Kebutuhan ADL pasien dibantu 	2222	2222	2222	2222	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik (SDKI, D.0054) hal. 124
2222	2222						
2222	2222						
7.	<p>DS : Tidak terkaji</p> <p>DO : Tidak terkaji</p>	Faktor risiko : Immobilisasi fisik	Risiko luka tekan (SDKI, D.0144) hal. 308				

3.2.6 Lembar observasi perawatan intensif

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO ₂	CVP	Resp Mode	FIO ₂	Input (cc)	Output (cc)
07.00	120/64 mmHg	26x/menit	113x/menit	37,8 C	82	98%	8 cm H ₂ O	PC-BIPAP	100%	Ns 62,5 CC	Urine 100 CC
08.00	110/83 mmHg	25x/menit	115x/menit	37,8 C	92	97%	8 cm H ₂ O	PC-BIPAP	100%	MLP 150 CC + pump 100 CC + inpepsa 30 CC + obat per oral 30 CC = 310 CC	Retensi NGT 50 CC
09.00	125/93 mmHg	26x/menit	117x/menit	37,5 C	103	99%	8 cm H ₂ O	PC-BIPAP	100%		
10.00	112/72 mmHg	24x/menit	103x/menit	37 C	85	100%	8 cm H ₂ O	PC-BIPAP	100%	Ns 62,5 CC	Urine 50 CC
11.00	106/54 mmHg	24x/menit	91x/menit	36,8 C	71	99%	8 cm H ₂ O	PC-BIPAP	100%		
12.00	100/70 mmHg	20x/menit	89x/menit	36,5 C	80	96%	8 cm H ₂ O	PC-BIPAP	100%	MLP 150 CC + moxifloxacin 400 mg	Retensi NGT 30CC
13.00	108/73 mmHg	23x/menit	90x/menit	36,8 C	84,6	99%	8 cm H ₂ O	PC-BIPAP	100%		

3.2.7 Rencana Asuhan Keperawatan

NO	MASALAH	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d stroke iskemik	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intrakranial membaik 3. Tekanan darah membaik 4. Tekanan nadi membaik 5. Pola napas membaik 6. Respon pupil membaik <p>(SLKI, L.06049) hal. 35</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, nadi meningkat, pola napas takipnea, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor respon pupil (anisokor) 6. Monitor terjadinya kejang 7. Monitor intake output <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan posisi semifowler 9. Cegah terjadinya kejang <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian sedasi (miloz) dan antikonvulsan (phenytoin, valproate) 11. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis (manitol) <p>Intervensi utama (SIKI, I.06194) hal. 205</p>
2.	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus kapiler	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. Pola napas membaik 4. PCO2 membaik 	<p>Intervensi utama (SIKI, I.01014) hal. 247</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (takipnea) 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor adanya produksi sputum (jumlah dan warna) 4. Auskultasi bunyi napas (ronchi) 5. Monitor saturasi oksigen

		<p>5. pH arteri membaik 6. PO2 membaik 7. Takikardia membaik (SLKI, L.01003) hal. 94</p>	<p>6. Monitor nilai AGD Intervensi pendukung (SIKI, I.01011) hal. 186 Terapeutik : 7. Lakukan suction 8. Lakukan fisioterapi dada 9. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan Kolaborasi : 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran (bisolvon, midatro).</p>
3.	<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Takikardia menurun 2. Gambaran EKG aritmia menurun 3. Edema menurun 4. Oliguria menurun 5. Tekanan darah membaik 6. CVP membaik 7. CRT membaik (SLKI, L.02008) hal. 20</p>	<p>Observasi : 1. Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (dispnea, edema, peningkatan CVP, oliguria, ronchi) 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor nilai laboratorium jantung (hct, Na, K, Cl, BUN) Terapeutik : 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Kolaborasi : 7. Kolaborasi pemberian antiaritmia (digoxin) 8. Kolaborasi pemberian antiplatelet (aspilet) (Intervensi utama SIKI, I.02075) hal. 317</p>

4.	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka manajemen nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serum albumin meningkat 2. Jumlah residu cairan lambung menurun 3. Bising usus membaik 4. Membran mukosa membaik <p>(SLKI, L.03030) hal. 121</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor berat badan 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (albumin serum, hemoglobin, hematokrit, elektrolit darah) 4. Monitor jumlah residu lambung sebelum pemberian makanan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pasang selang NGT 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (inpepsa) 8. Kolaborasi dengan ahli gizi jenis nutrisi yang dibutuhkan 9. Intervensi utama (SIKI, I.03119) hal. 200
5.	Hipertermi b.d proses penyakit	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. suhu tubuh membaik 2. suhu kulit membaik 3. kadar glukosa darah membaik 4. kulit merah menurun 5. takikardi menurun 6. takipnea menurun <p>(SLKI, L.14134) hal. 129</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermi (infeksi) 2. monitor suhu tubuh 3. monitor haluaran urine 4. monitor kadar elektrolit, TD, suhu, frekuensi napas, dan nadi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. longgarkan atau lepaskan pakaian 6. berikan kompres dingin <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena (NS 500 cc)

			8. Kolaborasi pemberian antipiretik (paracetamol) Intervensi utama (SIKI, I.15506) hal. 181
6.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. kaku sendi menurun 2. kekuatan otot meningkat (SLKI, L.05042) hal. 65	Observasi : 1. monitor kondisi kulit 2. monitor komplikasi tirah baring Terapeutik : 3. berikan latihan gerak pasif 4. bantu kebutuhan ADL pasien Intervensi pendukung (SIKI, I.14572) hal. 350
7.	Risiko luka tekan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi luka tekan dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kemerahan menurun 3. Elastisitas meningkat 4. Suhu kulit membaik 5. Tekstur membaik (SLKI, L.14125) hal.33	Observasi : 1. Monitor suhu kulit yang tertekan 2. Monitor ketat area yang memerah 3. Monitor status kulit harian Terapeutik : 4. Berikan bantal pada titik tekan 5. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat dan inkontinensia fekal atau urin (SIKI, I.14543) hal. 281

3.1.9 Implementasi & Evaluasi

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan
Selasa, 1 maret 2022	1,2,3,4,5,6,7	07.00	1. Melakukan observasi TTV. TD : 120/64, Nadi : 113 x/menit, suhu : 37,8°C, RR : 26 x/menit, SPO : 98%		Dx : 1 S : tidak terkaji O : - pasien penurunan kesadaran - TD : 108/73 mmHg, Nadi : 90 x/menit, suhu : 36,8°C, RR : 20 x/menit, SPO : 99%, GCS : 1x2, status kesadaran : koma, pupil anisokor, CVP : 8 cmH ₂ O - Pupil anisokor - GCS 1x2 - Pasien sudah tidak kejang A : masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan nomor 2,3,4,5,6,7 Dx : 2 S : tidak terkaji O : - Produksi secret banyak, berwarna kuning kental
	3,4,5	07.30	2. Mengukur produksi urin, produksi urin 100 cc/3 jam, warna kuning jernih, tidak ada endapan		
	1	07.50	3. Melakukan cek GDA : 151		
	1,2,3,4,5,6,7	07.55	4. Melakukan observasi TTV. TD : 110/83, Nadi : 115x/menit, suhu : 37,8°C, RR : 25 x/menit, SPO : 97%,		
	2	08.00	5. Memberi nebul bisolvon + midatro		
	2	08.10	6. Melakukan suction tertutup (secret banyak warna kuning kental)		
	4	08.15	7. Melakukan residu lambung sebelum pemberian diit, residu 50 cc		
	4	08.17	8. Memberi inpepsa 30 cc peronde		
	4	08.19	9. Memberikan diet MLP 150 CC peronde kemudian bilas air 30 cc		

	1,2,3,4,5	08.20	10. Menyiapkan obat oral (pamol, aptor, serbion, asam folat, valproate) + memberikan per sonde		<ul style="list-style-type: none"> - TD : 108/73 mmHg, Nadi : 90 x/menit, suhu : 36,8°C, RR : 20 x/menit, SPO : 99%, GCS : 1x2, status kesadaran : koma, pupil anisokor - Suara napas ronchi berkurang - Pola napas takipnea berkurang - Px terpasang ETT on ventilator FiO2 100 % PEEP 8 <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan nomor 1,3,4,5,6,7</p> <p>Dx : 3 S : tidak terkaji O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CVP 8 cmH2O - Terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah - Produksi urin 150 cc/6 jam - RR 20x/mnt, TD 108/73, MAP 84,6, SPO 99%, nadi 90x/mnt <p>A : masalah belum teratasi</p>
	1	08.30	11. Memberi syrup valproate 5 ml per sonde		
	1,2,3,4,5,6,7	09.00	12. Melakukan observasi TTV. TD : 125/93, Nadi : 117 x/menit, suhu : 37,5°C, RR : 26 x/menit, SPO : 99%,		
	3	09.15	13. Memberi injeksi digoxin 10 cc ½ ampul bolus pelan lebih dari 5 menit		
	6,7	09.30	14. Mengobservasi kulit yang tertekan (tidak ada luka tekan, tidak ada kemerahan, suhu kulit tekan hangat)		
	1,2,3,4,5,6,7	10.00	15. Melakukan observasi TTV. TD : 112/72 mmHg, Nadi : 103 x/menit, suhu : 37°C, RR : 24 x/menit, SPO : 100%, GCS : 1x2, status kesadaran : koma, pupil anisokor, CVP : 8 cmH2O		
	3,5	10.15	16. Mengukur urine produksi : 50 cc/3 jam warna kuning jernih		
	1,2,3,4,5,6,7	11.00	17. Melakukan observasi TTV. TD : 106/54 mmHg, Nadi : 91 x/menit, suhu : 36,8°C, RR : 24 x/menit, SPO : 97%, GCS : 1x2, status kesadaran : koma,		

			pupil anisokor, CVP : 8 cmH ₂ O		P : intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4,5,6,7
	2, 6	11.10	18. Memberi injeksi cinam 1,5 g iv		
	6,7	11.15	19. Memberikan latihan ROM pasif		Dx 4 :
	1,2,3,4,5,6,7	11.30	20. Melakukan observasi TTV. TD : 100/70 mmHg, Nadi : 89 x/menit, suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SPO : 96%, GCS : 1x2, status kesadaran : koma, pupil anisokor, CVP : 8 cmH ₂ O		S : tidak terkaji
	2	12.00	21. Memberi moxifloxacin 400 mg		O :
	4	12. 05	22. Melakukan residu NGT sebelum memberi diit, residu 30 cc		- TTV. TD : 108/73, Nadi : 90x/menit, suhu : 36,8°C, RR : 20 x/menit, SPO : 99%
	4	12. 15	23. Memberi diit MLP 150 cc persone		- Residu NGT 130 cc
	1,2,3,4,5,6,7	12.20	24. Melakukan observasi TTV. TD : 108/73 mmHg, Nadi : 90 x/menit, suhu : 36,8°C, RR : 20 x/menit, SPO : 99%, GCS : 1x2, status kesadaran : koma, pupil anisokor, CVP : 8 cmH ₂ O		- Albumin 2,71 mg/dl, Na 139,7 mmol/L, Kalium 3,31 mmol/L
					- Mukosa bibir kering
					A :
					Masalah belum teratasi
					P :
					Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5
					Dx 5 :
					S : tidak terkaji
					O :
					- Suhu 36,8 C, RR 20x/mnt, nadi 97x/mnt, TD
					- Kulit tidak tampak kemerahan
					- Kulit tidak teraba hangat

Rabu, 2 Maret 2022	1,2,3,4,5,6,7,8	07.00	1. Melakukan observasi TTV TD : 160/95 mmHg, Nadi 97x/menit, Suhu 36,8 C, RR 27x/mn, SPO2 100%, MAP 116, GCS 1X2, CVP 11,5 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasang ETT on ventilator FiO2 100%, PEEP 8, mode respirator PC-BIPAP	<ul style="list-style-type: none"> - Produksi urine 150 cc/6 jam A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan 2,3,5 <p>Dx 6 : S : tidak terkaji O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Px penurunan kesadaran - GCS 1X2 - kekuatan otot <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; vertical-align: middle;"><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2222</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2222</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2222</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2222</td></tr></table> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4</p> <p>Dx 1 : S : tidak terkaji O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien penurunan kesadaran - TD : 130/70 mmHg, Nadi 96x/menit, Suhu 37,5 C, RR 24x/menit, SPO2 100%, MAP 90, GCS 1X2, status kesadaran koma - Pupil anisokor - GCS 1x2 	2222	2222	2222	2222
		2222	2222					
		2222	2222					
07.20	2. Monitor AGD PCO2 : 56,7, PO2 : 134,8, pH : 7,443, HCO3 : 35,5, BE : 13,8							
07.25	3. Melakukan cek GDA : 149							

	3,4	07.30	4. Mengukur urin produksi 200 cc/3jam, warna kuning jernih		<p>- Pasien sudah tidak kejang A : masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan nomor 2,3,4,5,6,7</p> <p>Dx : 2 S : tidak terkaji O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produksi secret banyak, berwarna kuning kental - TD : 130/70 mmHg, Nadi 96x/menit, Suhu 37,5 C, RR 24x/menit, SPO2 100%, Suara napas ronchi berkurang - Pola napas takipnea berkurang - Px terpasang ETT on ventilator FiO2 70 % PEEP 8, mode respirator VC-AC - AGD PCO2 : 56,7, PO2 : 134,8, pH : 7,443, HCO3 : 35,5, BE : 13,8 <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan nomor 1,3,4,5,6,7</p>
	2	07.35	5. Memberikan terapi nebul bisolvon+midatro		
	2	07.45	6. Melakukan suction tertutup , secret banyak warna kekuningan		
	1,2,3,4,5,6,7,8	08.00	7. Melakukan observasi TTV TD : 155/80 mmHg, Nadi 90x/menit, Suhu 37 C, RR 24x/menit, SPO2 98%, MAP 105, GCS 1X2, CVP 11,5 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasang ETT on ventilator FiO2 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC		
	1	08.05	8. Memeriksa respon pupil : anisokor		
	4	08.10	9. Melakukan residu NGT sebelum memberikan diit pada pasien, residu 40 cc warna keruh		
	4	08.15	10. Memberikan obat inpepsa 30 ml per sonde		
	4	08.20	11. Memberi diit MLP 150 cc		
	1,2,3,4,5,6,7	08.25	12. Membilas selang NGT dengan air 30 ml		
	6,7	09.00	13. Menyiapkan obat oral pasien (aptor 1x100 mg, serbion 1x1, asam folat 1x1, valproate 5 cc)		

	2,6	09.30	14. Mengobservasi keadaan kulit pasien (tidak ada kemerahan, tidak ada lesi)		Dx : 3 S : tidak terkaji O : <ul style="list-style-type: none"> - CVP 16 cmH2O - Terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah - Pitting edema +1 - Produksi urin 450 cc/6 jam - RR 24x/mnt, TD 130/70, MAP 90, SPO 100%, nadi 96x/mnt A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4,5,6,7 Dx 4 : S : tidak terkaji O : <ul style="list-style-type: none"> - TTV. TD : 130/70, Nadi : 96x/menit, suhu : 37,5°C, RR : 24 x/menit, SPO : 100% - Residu NGT 70 cc - Hasil lab (2 maret) albumin 2,51 mg/dl, hb 12,80 mg/dl, hct 39,60 mg/dl, Na 139,4 mg/dl,
	3,4	09.35	15. Memberikan injeksi cinam 1,5 gram iv		
	6,7	10.00	16. Mengobservasi hasil laboratorium hb 12,80, hct 39,60, Na 139,4, K 3,31, Cl 98,5		
	1,2,3,4,5,6,7	10.15	17. Memberi pasien bantalan pada kulit yang tertekan		
	2,4,5	11.00	18. Melakukan observasi TTV TD : 140/50 mmHg, Nadi 88x/menit, Suhu 37,5 C, RR 24x/menit, SPO2 100%, MAP 80, GCS 1X2, CVP 11,5 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasang ETT on ventilator FiO2 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC		
	6,7	11.15	19. Mengukur produksi urin 250cc/3 jam		
	1,2,3,4,6,7	11.20	20. Memberi latihan ROM pasif		
	2	11.25	21. Melakukan observasi TTV TD : 135/65 mmHg, Nadi 89x/menit, Suhu 37,5 C, RR 24x/menit, SPO2 100%, MAP 88, GCS 1X2, CVP 11,5 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasang ETT on		

	4	12.00	ventilator FiO ₂ 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC		K 3,31 mg/dl, Cl 98,5 mg/dl
	4	12.10	22. Memberikan moxifloxacin 400 mg		- Mukosa bibir kering
	1,2,3,4,5,6,7	12.20	23. Mengukur residu lambung melalui NGT : 30 cc		- Bising usus 10x/menit
			24. Memberi diit MLP 150 cc		A :
			25. Melakukan observasi TTV TD : 130/70 mmHg, Nadi 96x/menit, Suhu 37,5 C, RR 24x/menit, SPO ₂ 100%, MAP 90, GCS 1X2, CVP 11,5 cmH ₂ O, status kesadaran koma, px terpasaang ETT on ventilator FiO ₂ 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC		Masalah belum teratasi
					P :
					Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5
					Dx 5 :
					S : tidak terkaji
					O :
					- 130/70, Nadi : 96x/menit, suhu : 37,5°C, RR : 24 x/menit, SPO ₂ : 100%
					- Kulit tidak tampak kemerahan
					- Kulit tidak teraba hangat
					- Produksi urine 450 cc/6 jam
					A :
					masalah teratasi sebagian
					P :
					intervensi dilanjutkan 2,3,5
					Dx 6 :
					S : tidak terkaji
					O :
					- Px penurunan kesadaran

Kamis, 03 Maret 2022	1,2,3,4,5,6,7	14.00	1. Melakukan observasi TTV TD : 142/89 mmHg, Nadi 75x/menit, Suhu 36,7 C, RR 26x/mn, SPO2 98%, MAP 106, GCS 1X2, CVP 9 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasaang ETT on ventilator FiO2 100%, PEEP 8, mode respirator VC-AC	<p>- kekuatan otot $\frac{2222}{2222} \mid \frac{2222}{2222}$</p> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4</p> <p>Dx 1 : S : tidak terkaji O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien penurunan kesadaran - TD : 142/89 mmHg, Nadi 75x/menit, Suhu 36,7 C, RR 26x/mn, SPO2 98%, MAP 106, GCS 1X2, CVP 9 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasaang ETT on ventilator FiO2 100%, PEEP 8, mode respirator VC-AC - Pupil anisokor - GCS 1x2 - Pasien sudah tidak kejang <p>A : masalah belum teratasi</p>
	2	14.10	2. Monitor AGD PCO2 : 56,7, PO2 : 134,8, pH : 7,443, HCO3 : 35,5, BE : 13,8	
	1	14.30	3. Melakukan cek GDA : 154	
	1,3,5	14.35	4. Mengukur urin produksi 200 cc/3jam, warna kuning jernih	
	2	14.37	5. Memberikan terapi nebul bisolvon+midatro	
	2	14.47	6. Melakukan suction tertutup , secret banyak warna kekuningan, secret di mulut warna putih	

	6,7	15.00	7. Menyeka pasien + observasi warna kulit pasien (tidak ada kemerahan dan tidak ada lesi)		<p>P: intervensi dilanjutkan nomor 2,3,4,5,6,7</p> <p>Dx : 2 S : tidak terkaji O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produksi secret banyak, berwarna kuning kental, di mulut secret berwarna putih - TD : 133/79 mmHg, Nadi 78x/menit, RR 24x/menit, SPO2 99%, px terpasang ETT on ventilator FiO2 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC - AGD PCO2 : 56,7, PO2 : 134,8, pH : 7,443, HCO3 : 35,5, BE : 13,8 - Cek lab ulang tunggu hasil <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan nomor 1,3,4,5,6,7</p> <p>Dx : 3 S : tidak terkaji O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CVP 9 cmH2O
	6,7	15.15	8. Mengusap kulit pasien dengan olive oil		
	1,2,3,4,5,6,7	15.20	9. Melakukan observasi TTV TD : 133/79 mmHg, Nadi 78x/menit, Suhu 36,8C, RR 24x/menit, SPO2 99%, MAP 97, GCS 1X2, CVP 9 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasang ETT on ventilator FiO2 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC		
	1	15.30	10. Memeriksa respon pupil : anisokor		
	4	15.32	11. Melakukan residu NGT sebelum memberikan diit pada pasien, residu 30 cc warna keruh		
	4	15.37	12. Memberikan obat inpepsa 30 ml per sonde		
	4	15.40	13. Memberi diit MLP 150 cc		
			14. Membilas selang NGT dengan air 30 ml		
	1	16.00	15. Menyiapkan obat oral pasien (valproate 10 cc)		
	1,2	16.10	16. Memberikan injeksi cinam 1,5 gram iv, moxifloxacin 1x400 mg, citicoline 250 mg		

	3,4,5	16.15	17. Mengobservasi hasil laboratorium hb 12,80; hct 39,60; Na 139,4; K 3,31; Cl 98,5		- Terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah
	6,7	16.20	18. Memberi pasien bantalan pada kulit yang tertekan		- Pitting edema +1
	1,2,3,4,5,6,7	16.30	19. Melakukan observasi TTV TD : 135/72 mmHg, Nadi 78x/menit, Suhu 36,8 C, RR 26x/menit, SPO2 99%, MAP 93, GCS 1X2, CVP 9 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasang ETT on ventilator FiO2 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC		- Produksi urin 650 cc/6 jam
	1,3,5	16.50	20. Mengukur produksi urin 300 cc/3 jam		- TD : 135/72 mmHg, Nadi 78x/menit, Suhu 36,8 C, RR 26x/menit, SPO2 99%, MAP 93, GCS 1X2, CVP 9 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasang ETT on ventilator FiO2 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC
	1	17.00	21. Memberi mannitol tapering off 1x100		A : masalah belum teratasi
	1,2,3,4,5,6,7	18.00	22. Melakukan observasi TTV TD : 135/65 mmHg, Nadi 89x/menit, Suhu 37 C, RR 25x/menit, SPO2 98%, MAP 88, GCS 1X2, CVP 9 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasang ETT on ventilator FiO2 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC		P : intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4,5,6,7
	1,2,3,4,5,6,7	19.00	23. Melakukan observasi TTV TD : 149/83 mmHg, MAP 105, Nadi 108 x/menit, Suhu		Dx 4 :
					S : tidak terkaji
					O :
					- Status kesadaran koma
					- Residu NGT 30 cc
					- Hasil lab (2 maret) albumin 2,51 mg/dl, hb 12,80 mg/dl, hct 39,60 mg/dl, Na 139,4 mg/dl,

			<p>37,5 C, RR 24x/menit, SPO2 97%, GCS 1X2, CVP 11,5 cmH2O, status kesadaran koma, px terpasang ETT on ventilator FiO2 70%, PEEP 8, mode respirator VC-AC</p>	<p>K 3,31 mg/dl, Cl 98,5 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cek ulang lab tunggu hasil - Membrane mukosa kering - Bising usus 12x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5</p> <p>Dx 5 :</p> <p>S : tidak terkaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 135/65 mmHg, Nadi 89x/menit, Suhu 37 C, RR 25x/menit, SPO2 98%, - Kulit tidak tampak kemerahan - Kulit tidak teraba hangat - Produksi urine 650 cc/6 jam <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 2,3,5</p>
--	--	--	---	---

					<p>Dx 6 : S : tidak terkaji O : - Px penurunan kesadaran</p> <p>- kekuatan otot $\frac{2222}{2222}$ $\frac{2222}{2222}$</p> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4</p>
--	--	--	--	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan kegawat daruratan pada Tn. K dengan diagnosa medis CVA Infark + Hipertensi + Pneumonia di ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan kegawat daruratan pada Tn. K dengan diagnosa medis CVA Infark + Hipertensi + Pneumonia di ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan memperoleh data dari observasi kepada pasien dan data sekunder dari SIM RS pasien. Pada dasarnya pengkajian dengan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, namun gambaran klinis yang ada pada tinjauan pustaka tidak semua dialami oleh pasien.

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan, nama Tn. K berjenis kelamin laki-laki, berusia 69 tahun. Menurut Mansyoer, 2001 dalam (Kusyani, 2022) pada saat umur bertambah kondisi jaringan tubuh sudah mulai kurang fleksibel dan lebih kaku termasuk pembuluh darah otak. Penulis berasumsi hal ini juga dapat terjadi karena orang dengan usia yang lebih tua juga cenderung kurang beraktivitas tidak seperti yang dialami oleh orang yang lebih muda, hal ini adalah kondisi alamiah yang dialami oleh setiap orang. Kurangnya aktivitas juga dapat menyebabkan seseorang lebih mudah terkena penyakit.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Didapatkan data bahwa Tn. K penurunan kesadaran. Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) salah satu gejala pada pasien stroke adalah penurunan kesadaran. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang didapatkan pada Tn. K. penulis berasumsi enurunan kesadaran yang terjadi karena adanya sumbatan pada pembuluh darah di otak sehingga mengakibatkan kurangnya asupan oksigen pada otak yang dapat merusak sel-sel otak yang kemudian dapat menimbulkan terjadinya peningkatan tekanan intrakranial dengan salah satu gejala yang muncul yaitu penurunan kesadaran.

2. Riwayat penyakit sekarang

Pada Tn.K didapatkan pasien dibawa oleh anaknya ke rumah sakit karena penurunan kesadaran, 5 hari yang lalu bisa berdiri tapi tidak bisa jalan. Tanggal 23 badan miring ke kiri, wajah mencong ke kiri dan sulit diajak komunikasi. Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) gejala awal yang terjadi pada pasien stroke yaitu mengalami kelemahan pada anggota gerak, afasia dan wajah tidak simetris. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang ada pada Tn. K. penulis berasumsi gejala yang terjadi pada Tn. K disebabkan karena kerusakan pada otak yang menyebabkan menurunnya fungsi neurologi, saraf yang terganggu pada Tn. K yaitu saraf okulomotoris, saraf trigeminus, saraf fasialis dan saraf vagus. Dalam hal ini pengetahuan seseorang juga perlu ditingkatkan terkait tanda dan gejala awal stroke sehingga dapat segera dibawa ke rumah sakit terdekat dan mendapatkan pertolongan lebih awal karena otak tidak dapat mentoleransi aliran oksigen yang kurang dengan waktu yang lama.

3. Riwayat penyakit dahulu

Didapatkan bahwa Tn.K memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2009 dan riwayat mengkonsumsi obat amlodipine. Menurut (Laily, 2016) Penyakit hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya stroke, yang sering disebut sebagai *the silent killer* karena hipertensi meningkatkan risiko terbanyak terjadinya stroke. Data yang didapatkan Tn.K telah lama memiliki riwayat penyakit hipertensi, kemungkinan hal ini yang menjadi pemicu terjadinya stroke pada Tn.K akibat komplikasi dari hipertensi. Dengan adanya riwayat hipertensi sejak lama pembuluh darah akan menyempit dan lama-kelamaan menjadi rusak sehingga memicu terjadinya plak yang dapat menyumbat pembuluh darah.

4.1.3 Primary survey

1. *Airway*

Kepatenan jalan napas adalah komponen yang terpenting yang harus segera ditangani untuk mencegah terjadinya hipoksia pada pasien stroke. Hal yang dapat dilakukan yaitu kaji apakah terdapat obstruksi jalan napas adanya perdarahan, muntah, secret, dan saliva, kemudian bebaskan jalan napas (Harmano, 2016). Pada kasus Tn. K ditemukan adanya obstruksi jalan napas yaitu terdapat penumpukan sekret akibat dari penurunan refleks batuk, sekret di mulut pasien serta lidah jatuh kebelakang yang diakibatkan karena pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga pasien dilakukan intubasi untuk menjaga jalan napas tetap paten dan pasien dilakukan suction untuk membersihkan jalan napas dari sekret. Penulis berasumsi terlalu lama menggunakan ETT dapat menimbulkan hipersekresi yang jika menumpuk dapat memicu terjadinya pneumonia.

2. *Breathing*

Hal yang perlu dikaji pada *breathing* yaitu kemampuan bernapas pada pasien, hitung frekuensi napas pasien, adanya perubahan pola napas (takipnea), dispnea, auskultasi paru terdengar stridor atau ronchi atau mengi, dan amati pergerakan dinding dada, kaji penggunaan otot bantu napas dan retraksi dada (Harmano, 2016). Pada kasus Tn. K ditemukan adanya suara napas tambahan ronchi, pola napas takipnea, frekuensi napas 26x/menit. Pada Tn.K dilakukan pemasangan ventilator yang tersambung ETT FiO₂ 100% mode respirator BIPAP untuk kebutuhan oksigenasinya.

3. *Circulation*

Ketika terjadi stroke, adanya perubahan tekanan darah. Tekanan darah cenderung meningkat karna adanya tekanan pada perfusi serebral, kaji denyut nadi, suhu dapat meningkat akibat masalah metabolik atau infeksi tertentu (Harmano, 2016). Pada Tn. K didapatkan tekanan darah 120/64, CRT <2detik, akral hangat, takikardi, dan demam. Tn. K memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2009 yang menyebabkan Tn.k terkena stroke. Penulis berasumsi selama dilakukan perawatan di ICU pasien mendapatkan terapi vasopressin 0,05 untuk mengontrol hipertensinya. Demam yang muncul disebabkan oleh infeksi yang terjadi pada Tn.K sebagai akibat dari komplikasi stroke yaitu pneumonia atau karena terganggunya metabolisme tubuh pasien karena penurunan kesadaran.

4. *Disability*

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) pada pasien stroke kadang terjadi penurunan kesadaran, adanya lemah atau letargi, serta hilang keseimbangan. Pada Tn. K didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 1X2. Penulis berasumsi hal ini terjadi karena

kurangnya oksigen yang mengalir ke otak sehingga menyebabkan hipoksia hingga ke batang otak sehingga menyebabkan penurunan kesadaran.

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (Breath)

Menurut (Erliyana, 2016) inspeksi didapatkan peningkatan produksi sputum, sesak napas. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret yang sering didapatkan pada klien stroke. Pada Tn. K data yang muncul yaitu sesak, terdapat sekret, adanya suara napas tambahan ronchi, frekuensi napas 26x/menit, pergerakan dada simetris, pasien terpasang ventilator dengan FiO₂ 100% mode respirator BIPAP. Penulis berasumsi hal ini terjadi karena pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran mengalami gagal napas sehingga diperlukan bantuan ventilator untuk memenuhi kebutuhan oksigennya, serta gangguan refleks batuk yang menyebabkan tidak dapat batuk efektif sehingga sekret yang menumpuk dapat memicu pertumbuhan mikroorganisme di dalam paru sehingga dapat menimbulkan komplikasi pneumonia yang dialami oleh Tn.K. Selain itu dapat meningkatkan risiko aspirasi dengan begitu cairan masuk dan menumpuk didalam paru-paru yang lama kelamaan dapat menyebabkan komplikasi pneumonia.

2. B2 (Blood)

Menurut (Erliyana, 2016) tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan bisa terdapat adanya hipertensi masif TD>200 mmHg. Pada pemeriksaan Tn.K didapatkan hasil tekanan darah dalam batas normal yaitu 120/64 mmHg, MAP = 82 (normal = 70-110), nadi 113x/menit. Penulis berasumsi tekanan darah Tn.K dalam batas normal karena telah mendapatkan obat vasopressin selama perawatan di ruang ICU. Tn.K juga mendapatkan terapi vascon untuk meningkatkan tekanan darah, dalam hal ini penggunaan dua obat tersebut

untuk menjaga agar tekanan darah tetap stabil dan perfusi dalam otak berjalan dengan baik. Pemeriksaan EKG ulang juga perlu dilakukan guna memantau irama jantung.

3. B3 (Brain)

Menurut (Erliyana, 2016) didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Pada pemeriksaan Tn.K gejala awal yang dialami yaitu afasia, disfagia, tidak bisa berjalan. Dalam hal ini gejala yang muncul pada pasien yang mengalami stroke, tergantung dimana tempat terjadinya lesi pada otak dan mual muntah yang terjadi dapat diakibatkan oleh peningkatan tekanan intrakranial. Pada pengkajian di ICU didapatkan Tn.K mengalami refleks pupil anisokor, keadaan koma, GCS 1X2, mengalami kejang berulang pada ekstremitas kanan atas. Selama di rawat di ICU pasien mendapatkan terapi valproate untuk mencegah kejang serta mannitol yang berfungsi untuk menurunkan tekanan intrakranial. Pemeriksaan fungsi saraf didapatkan Tn.K mengalami gangguan pada saraf olfaktorius (N. III), saraf fasialis (N. VII), saraf glosofaringeus (N. IX), saraf vagus (N. X).

4. B4 (Bladder)

Menurut (Erliyana, 2016) klien mungkin mengalami *inkontinensia urine* sementara karena konfusi, ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Pada Tn.K didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien terpasang kateter dengan produksi urine 50-200 CC/3 jam, urine berwarna kuning jernih. Penulis berasumsi Tn.K berisiko mengalami infeksi saluran kemih jika kateter yang terpasang tidak dilakukan perawatan. Oleh sebab itu perawatan kateter harus dilakukan secara rutin untuk mencegah terjadinya infeksi pada saluran kencing.

5. B5 (Bowel)

Pada Tn.K didapatkan tidak terdapat distensi abdomen, BAB kuning kecoklatan konsistensi lembek, bau khas, pasien terpasang NGT, tidak ada perdarahan, residu lambung 100 CC berwarna keruh, bibir kering, BB 60 kg, pasien diet MLP 6X150 cc, tidak ada diare, bising usus 10x/menit. Menurut (Erliyana, 2016) didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Penulis berasumsi pada Tn.K diberi tindakan pemasangan NGT karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan gangguan menelan sehingga memicu terjadinya risiko aspirasi. Untuk mencegah terjadinya kenaikan asam lambung, sebelum memberi diit Tn.K diberi inpepsa 30 ml peronde. Kemungkinan perawat telah berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan nutrisi yang sesuai pada Tn.K untuk mencegah terjadinya diare atau konstipasi.

6. B6 (Bone)

Pada Tn.K pemeriksaan didapatkan edema pada ekstremitas atas dan bawah, tidak ada sianosis, tidak ada lesi, turgor kulit elastis, pitting edema +1, kekuatan otot

2222	2222
2222	2222

Menurut (Tarwoto, 2013) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi. Menurut pandangan penulis pasien mengalami kelemahan otot disebabkan tidak cukupnya aliran darah untuk memperdarahi area yang mensyarafi N. V (fungsi motorik). Edema yang terjadi pada Tn.K terjadi karena penyakit hipertensi pada Tn.K yang mengakibatkan penurunan curah jantung.

4.1.5 Diagnosa keperawatan

Pada tinjauan pustaka muncul 12 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (stroke iskemik)
2. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas
3. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus kapiler
4. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular
5. Hipertermi b.d proses penyakit (infeksi)
6. Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung
7. Risiko luka tekan
8. Risiko perfusi serebral tidak efektif
9. Risiko aspirasi
10. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah
11. Risiko infeksi
12. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan

Dari 12 diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat 7 diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (stroke iskemik)

Penulis mengangkat diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial karena Tn.K mengalami penurunan kesadaran yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran oksigen pada otak karena terjadi sumbatan, hasil CT Scan kepala tanpa kontras : Kecurigaan *adanya infark cerebri acute* dan *hyperacute* belum sepenuhnya dapat disingkirkan, tekanan darah tinggi 120/64 (telah mendapatkan obat), pupil anisokor, takikardi 113x/menit.

2. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus kapiler

Penulis mengangkat diagnosa gangguan pertukaran gas karena Tn.K pola napas takipnea 27x/menit, pH 7,443; PCO₂ 56,7; PO₂ 134,8; HCO₃ 35,5; FiO₂ 100%, bunyi napas tambahan ronchi, takikardi 113x/menit. Gangguan pertukaran gas juga dapat terjadi karena penumpukan sekret yang mengakibatkan pertukaran gas yang terjadi di alveolus mengalami gangguan.

3. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

Penulis mengangkat gangguan mobilitas fisik karena kekuatan otot Tn.K menurun, pasien penurunan kesadaran, ADL sepenuhnya dibantu.

4. Hipertermi b.d proses penyakit (infeksi)

Penulis mengangkat diagnosa hipertermi karena suhu pasien diatas normal (37,8 C), leukosit 16.460, hasil foto thoraks pneumonic process paru bilateral, kulit terasa hangat.

5. Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung

Penulis mengangkat diagnosa penurunan curah jantung karena takikardi 113x/menit, edema pada ekstremitas atas dan bawah kanan dan kiri, pitting edema +1, tekanan darah meningkat, oliguria 50-100 cc/3 jam.

6. Risiko luka tekan

Penulis mengangkat diagnosa risiko luka tekan dengan faktor risiko immobilisasi fisik karena Tn.K mengalami penurunan kesadaran.

7. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan

Penulis mengangkat diagnosa defisit nutrisi karena Tn.K mengalami disfagia, serum albumin menurun, hb menurun, hct menurun, residu NGT 50-100 cc.

Dari 12 diagnosa kepearawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus.

Terdapat 5 diagnose yang tidak muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas

Penulis tidak mengangkat diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif karena terdapat data yang menunjang untuk mengangkat diagnosa gangguan pertukaran gas yaitu hasil analisa gas darah.

2. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Penulis tidak mengangkat diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif karena menurut penulis pada Tn.K sudah tidak lagi mengalami risiko akan tetapi sudah terjadi ketidakadekuatan aliran darah menuju otak dan telah mengalami gangguan pada otak.

3. Risiko aspirasi

Penulis tidak mengangkat diagnosa risiko aspirasi karena pada Tn.K telah terpasang selang NGT yang dapat mencegah masuknya cairan dari saluran cerna ke saluran pernapasan.

4. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah

Penulis tidak mengangkat diagnosa perfusi perifer tidak efektif karena data objektif lebih mengarah pada diagnosa penurunan curah jantung.

5. Risiko infeksi

Penulis tidak mengangkat diagnosa risiko infeksi karena pada Tn.K telah terjadi infeksi yang diakibatkan karena pasien tirah baring dan terjadi penumpukan sekret karena refleksi batuk menurun.

4.1.6 Rencana Keperawatan

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI (Standar luaran keperawatan indonesia dan SIKI (standar intervensi keperawatan indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data dan indikasi pasien sehingga

masalah keperawatan dapat diselesaikan secara komprehensi. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

1. Penurunan tekanan adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebri (stroke iskemik). Menurut (Gita, 2019) intervensi yang dapat diberikan pada pasien dengan penurunan tekanan adaptif intrakranial yaitu observasi MAP, nadi, *respiration rate*, saturasi oksigen, monitor kesadaran dengan parameter GCS, pupil edema, berikan posisi head up, monitor intake dan output, monitor suhu dan WBC, dan monitor TIK. Pada Tn.K intervensi yang diberikan selama dilakukan perawatan di ruang ICU mengacu pada (SIKI, 2017) identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, nadi meningkat, pola napas takipnea, kesadaran menurun), monitor MAP, monitor CVP, monitor respon pupil, monitor terjadinya kejang, monitor intake output, posisi semifowler, cegah terjadinya kejang, kolaborasi pemberian sedasi, dan pemberian mannitol.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus kapiler. Menurut (Riski, 2018) dalam pasien dengan diagnosa gangguan pertukaran gas dilakukan intervensi posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas, pasang mayo bila perlu, auskultasi suara napas, lakukan suction, berikan bronkodilator bila perlu, monitor respirasi(pergerakan dada, pola napas dan saturasi O₂). Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. K selama dilakukan perawatan di ruang ICU mengacu pada (SIKI, 2017) yaitu monitor pola napas dan suara napas, monitor alat terapi oksigen, monitor produksi sputum, monitor saturasi oksigen dan nilai AGD, lakukan suction tertutup, fisioterapi dada, lakukan nebulizer, kolaborasi pemberian bronkodilator.

3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung. Menurut (Novela, 2019) intervensi yang diberikan pada pasien dengan diagnosa penurunan curah jantung yaitu terapi oksigen, manajemen cairan, penggunaan diuretic, dan program rehabilitasi yaitu latihan fisik. Pada Tn.K intervensi yang diberikan selama dilakukan perawatan di ruang ICU mengacu pada (SIKI, 2017) yaitu monitor TD, monitor intake output cairan, monitor saturasi oksigen, monitor nilai laboratorium (hct, Na, K, Cl, BUN), beri oksigen, lakekan EKG 12 lead, kolaborasi pemberian antiaritmia dan antiplatelet.
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien. Menurut (Kusuma, 2018) intervensi yang diberikan pada pasien dengan diagnosa keperawatan deficit nutrisi yaitu kaji pola makan klien, kaji kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya, anjurkan keluarga untuk meningkatkan nutrisi dan cairan, kolaborasi dengan ahli gizi kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan, pasang NGT, monitor BB. Pada Tn.K intervensi yang diberikan selama dilakukan perawatan di ruang ICU mengacu pada (SIKI, 2017) yaitu monitor BB, monitor hasil laboratorium (albumin serum, hemoglobin, hct, elektrolit darah), monitor residu lambung, pasang NGT, lakukan oral hygiene sebelum makan, kolaborasi pemberian medikasi sebelum pemberian makan dan kolaborasi dengan ahli gizi jenis nutrient yang dibutuhkan.
5. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien menurun dengan kriteria hasil : suhu tubuh dalam rentang normal, suhu kulit membaik, kemerahan pada kulit menurun.
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Menurut (Rahmawati, 2019) diagnosa gangguan mobilitas fisik yang diberikan intervensi

latihan ROM pasif, monitor tingkat kekuatan otot, berikan posisi yang nyaman, kolaborasi dengan ahli terapi fisik kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat, monitor TTV sebelum melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan. Pada Tn.K intervensi yang diberikan selama di rawat di ruang ICU mengacu pada (SIKI, 2017) yaitu monitor komplikasi tirah baring dan kondisi kulit, beri latihan gerak pasif, bantu kebutuhan ADL pasien.

7. Risiko luka tekan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi luka tekan dengan kriteria hasil : Kemerahan menurun, Kerusakan lapisan kulit menurun, Elastisitas meningkat, Suhu kulit pada area yang tertekan membaik, Tidak ada luka tekan.

4.1.7 Implementasi

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Dimana dalam melakukan tindakan keperawatan perawat tidak melakukan sendiri namun juga dibantu oleh perawat lainnya.

1. Penurunan tekanan adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebri (stroke iskemik). implementasi yang diberikan kepada Tn.K yang mengalami penurunan kesadaran yaitu memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pola napas takipnea, memonitor refleks pupil, memonitor terjadinya kejang dan mencegah terjadinya kejang, memberikan posisi semi fowler, berkolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, pemantauan dilakukan secara berkala tiap 1 jam sekali. Implementasi yang diberikan pada Tn. K bertujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial agar tidak mengganggu perfusi jaringan ke otak.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus kapiler, implementasi yang diberikan pada Tn.K yaitu memonitor pola napas, memonitor adanya peningkatan produksi sputum, meng-auskultasi suara napas tambahan, melakukan pengisapan lender, memonitor hasil laboratorium AGD dan saturasi oksigen, memberikan oksigen sesuai kebutuhan Tn.k. Implementasi yang diberikan pada Tn.K bertujuan agar jalan napas Tn.K tetap paten dan tidak ada sumbatan sehingga Tn.K masih tetap mendapatkan pasokan oksigen yang cukup dalam keadaan penurunan kesadaran serta untuk pemberian tindakan yang tepat sesuai dengan kondisi Tn.K
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung, Implementasi yang diberikan yaitu identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (dispnea, edema, peningkatan CVP, oliguria, ronchi), memonitor intake dan output cairan, memonitor saturasi oksigen, mengidentifikasi tekanan darah dan frekuensi nadi, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (hct, Na, K, Cl) memonitor status hemodinamik MAP & CVP, berkolaborasi pemberian diuretic, antihipertensi. Implementasi yang diberikan pada Tn.K bertujuan untuk mempertahankan metabolisme tubuh, mengurangi edema yang terjadi pada Tn.K, serta mempertimbangkan terapi yang cocok yang diberikan kepada Tn.K.
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi. Implementasi yang diberikan yaitu memonitor hasil laboratorium (hb, hct, serum albumin), memonitor jumlah dan warna residu lambung sebelum pemberian makanan, kolaborasi pemberian sucralfate sebelum pemberian makanan untuk mencegah naiknya asam lambung dan mencegah terjadi muntah. Implementasi yang diberikan pada Tn.K

- bertujuan agar nutrisi Tn.K tetap terpenuhi selama tirah baring, pemasangan NGT untuk mencegah terjadinya aspirasi pada Tn.K karena mengalami gangguan menelan.
5. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Implementasi yang diberikan pada Tn.K yaitu memonitor tanda dan gejala hipertermi, monitor haluaran urine, mengganti pakaian atau selimut dengan kain yang tipis, berkolaborasi pemberian antipiretik. Implementasi yang diberikan pada Tn.K bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh Tn.K dan mencegah terjadinya kejang.
 6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, implementasi yang diberikan pada Tn.K yaitu memonitor kondisi kulit, berikan Latihan gerak pasif, membantu kebutuhan ADL Tn.K. implementasi yang diberikan pada Tn.K bertujuan untuk membantu kebutuhan ADL secara total karena Tn.K mengalami penurunan kesadaran. Pemenuhan ADL yang diberikan yaitu seperti mandi, BAB, BAK serta pemenuhan nutrisi. Memberi latihan gerak pasif bertujuan agar tidak terjadi kekakuan pada otot selama tirah baring.
 7. Risiko luka tekan, implementasi yang diberikan pada Tn.K yaitu memngubah posisi tiap 2 jam sekali, memonitor adanya perubahan kulit, memonitor suhu pada daerah kulit yang mengalami penekanan. Implementasi yang diberikan pada Tn.K bertujuan untuk meminimalkan risiko terjadinya luka akibat tirah baring yang lama, menjaga agar sirkulasi darah tetap lancar pada daerah yang mengalami penekanan serta memberi bantalan pada daerah yang rentan terjadi luka tekan.

4.1.8 Evaluasi

1. Penurunan tekanan adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)

Menurut (Gita, 2019) evaluasi terhadap pemberian intervensi yaitu terdapat perubahan perbaikan antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi yaitu penurunan TIK, terjadi perbedaan hasil MAP, saturasi oksigen, dan GCS. Pada Tn.K evaluasi terhadap pemberian intervensi manajemen peningkatan TIK belum teratasi hingga hari ke-3 didapatkan hasil tekanan darah 149/83 mmHg, MAP 105, pola napas takipnea 27x/menit, nadi 108x/menit, GCS 1X2, pasien masih mengalami penurunan kesadaran.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus kapiler

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) evaluasi terhadap intervensi yang diberikan terdapat perubahan setelah dilakukan *close suction* yaitu suara napas vesikuler, pola napas normal, saturasi oksigen dalam batas normal 96%. Pada Tn.K evaluasi terhadap pemberian intervensi pemantauan respirasi belum teratasi hingga hari ke-3. Setelah dilakukan *close suction* didapatkan hasil RR 23x/menit, suara napas vesikuler, produksi sputum berkurang, hasil laboratorium Analisa gas darah menunjukkan PCO₂ : 56,7, PO₂ : 134,8, pH : 7,443, HCO₃ : 35,5, BE : 13,8, SPO₂ 97%.

3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung

Evaluasi terhadap pemberian intervensi pemantauan cairan belum teratasi hingga hari ke-3 didapatkan CVP 11,5, MAP 105, tekanan darah 149/83, edema pada ekstremitas atas dan bawah kanan dan kiri berkurang, pitting edema +1, hasil laboratorium hct 39,60 mg/dl, Na 139,4 mg/dl, K 3,31 mg/dl. Hal ini dikarenakan hipertensi belum teratasi.

4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

Evaluasi terhadap pemberian intervensi pemantauan nutrisi belum teratasi hingga hari ke-3 didapatkan hasil residu NGT 120 cc, albumin serum 2,51 mg/dl, hb 12,80 mg/dl, hct

39,60 mg/dl, Na 139,4 mg/dl, K 3,31 mg/dl. Hal ini terjadi karena pasien mengalami gangguan menelan.

5. Hipertemia berhubungan dengan proses infeksi

Evaluasi terhadap pemberian intervensi manajemen hipertensi belum teratasi hingga hari ke-3 didapatkan hasil suhu tubuh 37,9 C, nadi 108x/menit, haluaran urin 100cc/3 jam, RR 26x/menit, kulit teraba hangat. Menurut penulis hal ini terjadi karena adanya proses infeksi yaitu komplikasi pneumonia.

6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Evaluasi terhadap pemberian intervensi perawatan tirah baring belum tertasi hingga

hari ke-3 didapatkan hasil kebutuhan ADL dibantu secara total, kekuatan otot menurun

2222	2222
2222	2222

Menurut penulis hal tersebut terjadi dikarenakan Tn.K mengalami penurunan kesadaran.

7. Risiko luka tekan

Evaluasi terhadap pemberian intervensi pencegahan luka tekan teratasi hingga hari ke-3 didapatkan hasil tidak ada tanda-tanda gangguan integritas kulit, tidak didapatkan luka tekan.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kegawat daruratan pada Tn.K dengan diagnosa medis CVA Infark + hipertensi + Pneumonia di ruang ICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan kegawat daruratan :

1. Pada pengkajian didapatkan pasien terjadi CVA Infark. Kemungkinan mengalami penyempitan atau rusaknya pembuluh darah sehingga terjadi sumbatan di otak karena faktor usia dan memiliki riwayat hipertensi sehingga mengalami kesulitan bicara, wajah perot ke kiri hingga penurunan kesadaran pada awal kejadian.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Tn.K yaitu penurunan tekanan adaptif intrakranial, gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung, defisit nutrisi, hipertermi, gangguan mobilitas fisik, dan risiko luka tekan.
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan SIKI utama dengan tujuan utama diharapkan perfusi serebral meningkat dan tidak ada tanda peningkatan TIK.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah monitor adanya peningkatan TIK, pencegahan terjadinya kejang, kolaborasi pemberian sedasi, antikonvulsan.
5. Pada evaluasi tanggal 03 Maret 2022 didapatkan manajemen peningkatan intrakranial belum terpenuhi dikarenakan belum meningkatnya perfusi serebral pasien. Namun hingga pada tanggal 03 Maret 2022, Tn.K tidak didapatkan luka tekan atau gangguan kulit lainnya selama tirah baring.

5.2 Saran

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga, dan tim Kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan Kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan , keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim Kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan CVA.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah Kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, T. A. (2012). *SISTEM NEUROBEHAVIOR* (pp. 48–49). Salemba Medika.
- Budi, H., Bahar, I., Sasmita, H., Siteba, J. R., Gadang, S., Nanggalo, K., Padang, K., & Barat, S. (2019). *Faktor Risiko Stroke pada Usia Produktif di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukit Tinggi [Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 03, 130.*
- Dela, G. (2019). UPAYA PENCEGAHAN RESIKO PENURUNAN PERFUSI JARINGAN PERIFER MELALUI PIJAT REFLEKSI KAKI PADA ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI. *Publikasi, 15*, 1–7. website:ejournal.stikespku.ac.id
- Dewi, M., Tinggi, S., Kesehatan, I., Surakarta, A., & Kunci, K. (2016). *PERAN PERAWAT DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MEMPENGARUHI TINGKAT KEPUASAN KELUARGA PASIEN STROKE DI RSUD dr.MOEWARDI SURAKARTA. XIV(1), 74.*
- Erliyana, E. (2016). *ANALISIS PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE INFARK CEREBRI TROMBOLITIK DENGAN INTERVENSI INOVASI PENGATURAN ELEVASI KEPALA 15-300 TERHADAP MASALAH KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL DI RUANG ICU RSUD TAMAN HUSADA KOTA BONTANG.*
- Gita. (2019). INTRAKRANIAL TERHADAP TEKANAN INTRAKRANIAL PASIEN STROKE EFFECTIVENESS OF NURSING ASSESSMENT OF INTRACRANIAL ADAPTIVE CAPACITY. *Jurnal Keperawatan, 13(03).*
- Harmano, R. (2016). *keperawatan kegawatdaruratan & manajemen bencana (adang sutisna faisal zamil (ed.); pp. 3–4).*
- Kusyani, A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa dan Perawat*

- Professional* (1st ed., pp. 13–16). Guepedia.
- Laily, S. R. (2016). Hubungan Karakteristik Penderita dan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Iskemik. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5(April 2017), 48–59.
<https://doi.org/10.20473/jbe.v5i1>.
- Monemnasi, A. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Ny M.S DENGAN DIAGNOSA MEDIK STROKE HEMORAGIK DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURATRSUD Prof. Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG TAHUN 2019*.
- Mutiasari, D. (2019). Stroke Iskemik : Gejala, faktor risiko, dan pencegahan. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 6(1).
- Nuraini, B. (2015). *Risk factors of hypertension*. 4, 10–19.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). No Title. In B. Yudha (Ed.), *APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN DIAGNOSA MEDIS & NANDA NIC NOc* (Edisi Revi, p. 151). Mediacion.
- Putut, D. (2015). *ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN.T KHUSUSNYA NY. M DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN: STROKE NON HEMORAGIK DI DESA JAGALAN RT 01 RW 07 PABELAN KARTASURA WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARTASURA*.
- Riski. (2018). *STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN PNEUMONIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERTUKARAN GAS DI RUANG TERATAI RSUD BANGIL*.
- Wandira, R. D., & Amalia, L. (2018). HUBUNGAN ANTARA DERAJAT KEPARAHAN STROKE DENGAN KEJADIAN STROKE-ASSOCIATED PNEUMONIA ASSOCIATION. *Artikel*, 35(2), 3–7.

Lampiran 1

CURICULUM VITAE

Nama : Wila Ayu Wardani
Tempat, Tanggal lahir : Surabaya, 29 Oktober 1999
Alamat : Jl. Kelapa Gading II Blok F.21, Candi, Kab. Sidoarjo
Agama : Islam
Email : willaay29@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

Tahun lulus	Program Pendidikan	Institusi
2011	Sekolah dasar	SDN Karang Pilang v
2014	Sekolah Menengah Pertama	SMPN 24 Surabaya
2017	Sekolah Menengah Atas	SMAN 4 Blitar
2021	Sarjana 1 Keperawatan	STIKES Hang Tuah Surabaya

Lampiran 2

SOP MOBILISASI MIRING KIRI DAN KANAN

1. Pengertian
Mobilisasi dengan sims adalah teknik pemberian posisi dengan memiringkan tubuh kekanan dan kiri dengan posisi tubuh masih tetap berbaring.
2. Tujuan :
 - a. Mencegah rasa tidak nyaman pada otot.
 - b. Mempertahankan tonus otot
 - c. Mencegah terjadinya komplikasi imobilisasi seperti ulkus decubitus, kerusakan saraf superficial, kerusakan pembuluh darah dan kontraktur.
 - d. Untuk memudahkan dan pemeriksaan pada area parienta
 - e. Mencegah rasa tidak nyaman pada otot.
 - f. Mempertahankan tonus otot
 - g. Mencegah terjadinya komplikasi imobilisasi seperti ulkus decubitus, kerusakan saraf superficial, kerusakan pembuluh darah dan kontraktur.
 - h. Untuk memudahkan dan pemeriksaan pada area parienta
3. Indikasi :
 - a. Klien dengan paralisis atau kelemahan
 - b. Klien yang mengalami penurunan kesadaran
4. Kontrakindikasi :
 - a. Klien dengan cedera servikal
 - b. Klien dengan fraktur eksremitas atas atau fraktur klavikula
5. Persiapan klien
 - a. Berikan salam, perkenalkan diri, dan Tanya kondisi pasien
 - b. Jelaskan prosedur tinakan yang akan dilakukan , berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan klien
 - c. Menjelaskan langkah – langkah tindakan 6.
6. Persiapan alat
 - a. Bantal atau guling sepenuhnya
 - b. Handuk
7. Cara kerja :
 - a. Beri tahu tindakan yang akan segera dimulai
 - b. Cek alat – alat yang akan digunakan
 - c. Cuci tangan
 - d. Buatlah posisi tempat tidur yang memudahkan untuk bekerja

- e. Klien dengan keadaan berbaring kemudian miringkan ke kiri / kanan dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kiri lurus lutut paha kanan di tekuk diarahkan ke dada
 - f. Miringkan klien dengan sampai posisi agak terkurap
 - g. Letakan tangan kiri di atas kepala dan tangan kanan di atas tempat tidur.
 - h. Letakan bantal di ruang antara dada, abdomen, lengan atas dan tempat tidur.
 - i. Letakan bantal di ruang antara abdomen, pelvis, paha atas dan tempat tidur.
 - j. Pastikan bahwa bahu dan panggul berada pada bidang yang sama.
 - k. Letakan gulungan handuk dibawah telapak kaki
 - l. Kaji respon pasien
 - m. Cuci tangan
 - n. Observasi posisi dan pindahkan posisi klien pada sisi yang berlawanan 2 jam.
8. Hasil :
- a. Subjektif
 - 1) Klien merasa lebih nyaman
 - 2) Klien merasa badanya tidak kaku kaku
 - b. Objektif
 - 1) Tidak nampak tanda-tanda decubitus
 - 2) Tonus otot baik, tidak ada kontraktur
 - c. Hal – hal yang perlu diperhatikan
 - 1) Pertahankan agar tempat tidur yang digunakan dapat memberikan support yang baik bagi tubuh
 - 2) Pastikan alas tempat tidur tetap rapi dan bersih Observasi keadaan pasien setiap 2 jam.

