

Lampiran 1

**Asuhan Keperawatan pada Tn.M dengan Stroke Hemoragik di IGD RSUP
Sanglah Denpasar Tanggal 5 Mei 2021**

A. Pengkajian

Identitas Pasien

Nama : Tn. M
Umur : 67 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Tidak bekerja
Agama : Hindu
Tanggal Masuk RS : 5 Mei 2021
Alasan Masuk : Penurunan kesadaran
Diagnosis Medis : Stroke Hemoragik (SH)






Initial survey:

A (alertness) :

V (verbal) :

P (pain) : √

U (unrespons) :

Warna triase:     
P1 P2 P3 P4 P5

SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI

AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL

1. Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran : Somnolen

Pernafasan : Abnormal

Upaya bernafas : Ada

Benda asing di jalan nafas: Pangkal lidah jatuh ke belakang

Bunyi nafas : Snoring

Hembusan nafas : Terdengar

2. Diagnosis Keperawatan

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuscular dibuktikan dengan tidak mampu batuk, batuk tidak efektif, lidah jatuh ke belakang, suara napas snoring.

BREATHING

1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan : Takipnea

Frekwensi Pernafasan: 22 x /menit

Retraksi Otot bantu nafas : Terdapat retraksi dinding dada

Kelainan dinding thoraks : Dinding thoraks tampak simetris

Bunyi nafas : Snoring

Hembusan nafas : Terdengar hembusan napas

2. Diagnosis Keperawatan

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis dibuktikan dengan pasien tampak sesak, terdapat otot bantu napas/ retraksi inding dada,

pola napas abnormal (takipnea), fase ekspirasi memanjang.

CIRCULATION

1. Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran : Somnolen

Perdarahan (internal/eksternal) : Tidak terdapat perdarahan eksternal, dicurigai adanya perdarahan di otak

Kapilari Refill : ≤ 2 detik

Tekanan darah : 170/100 mmHg

Nadi radial/carotis : 110 x/menit

Akral perifer : Hangat

2. Diagnosis Keperawatan

Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E2 V2 M4 : 8

Tingkat kesadaran : Somnolen

Reflex fisiologis : Reflek pupil (+/+)

Reflex patologis : Reflek Babinski (-)

Kekuatan otot : $\frac{222}{222}$ | $\frac{222}{222}$

Skala nyeri : 7 (*Behavior Pain Scale*)

2. Diagnosis Keperawatan

Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

PENGAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)

1. RIWAYAT KESEHATAN

a. RKD

Keluarga mengatakan pasien memang memiliki riwayat hipertensi sejak lama namun tidak rutin kontrol dan minum obat. Riwayat masuk rumah sakit sebelumnya tidak ada.

b. RKS

Pasien Tn.M datang ke IGD rujukan dari RS Surya Husada dalam keadaan tidak sadar sejak \pm 18 jam SMRS. Keluarga mengatakan pasien baru ditemukan tidak sadar tadi pagi di kamar karena dikira tidur, dikatakan tidak ditemukan muntah dan sakit kepala sejak kemarin. Keluarga mengatakan kemarin malam Tn.M minum-minum tuak. Menurut keluarga sebelum mengalami penurunan kesadaran pasien sempat mengalami kelemahan pada sebagian tubuh kiri yang terlihat kurang aktif dibandingkan tangan kanan, dan bibir mencong disangkal. Demam, batuk, sesak napas disangkal. Muntah, kejang, keluhan nyeri kepala sebelumnya juga disangkal oleh keluarga.

c. RKK

Keluarga mengatakan di dalam keluarga ada yang mengidap penyakit hipertensi yaitu istri Tn.M. Tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit jantung, DM, asma, dll.

2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

(Tidak ada)

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

- a. Kepala : Normocephale
- Kulit kepala : Tidak ada lesi
- Mata : Pupil simetris
- Telinga : Tampak bersih
- Hidung : Tidak ada secret terpasang NGT
- Mulut dan gigi : Mulut tampak kering dan pecah pecah, gigi ompong,
tampak ludah merembes
- Wajah : Tampak simetris, tampak pucat
- b. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
- c. Dada/ thoraks Paru-paru
- Inspeksi : Tampak simetris, terdapat otot bantu napas, terdapat retraksi
dinding dada
- Palpasi : Tidak ada benjolan
- Perkusi : Sonor
- Auskultasi : Vesikuler
- Jantung
- Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak
- Palpasi : Ictus cordis tidak teraba
- Perkusi : Pekak

- Auskultasi : Murmur jantung (-)
- d. Abdomen
- Inspeksi : Tidak ada acites, tidak ada jejas
- Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar
- Perkusi : Timpani
- Auskultasi : Bising usus 8 x/menit
- e. Pelvis
- Inspeksi : Tidak ada kelainan
- Palpasi : Tidak ada benjolan
- f. Perineum dan rektum : Tampak bersih, tidak ada lesi
- g. Genitalia : Terpasang cateter urine
- h. Ekstremitas
- Status sirkulasi : CRT \leq 2 detik, akral hangat, nadi teraba
- Keadaan injury : Tidak terdapat injury
- i. Neurologis
- Fungsi sensorik : Tidak terkaji
- Fungsi motorik : Kekuatan otot = $\frac{222}{222} | \frac{222}{222}$

4. HASIL LABORATORIUM

Nama	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai	Keterangan
Pemeriksaan				Rujukan	
Darah Lengkap (DL)	WBC	22.47	10 ³ /uL	4.1-11.0	Tinggi
	RBC	4.15	10 ³ /uL	4.5-5.9	Rendah
	HGB	13.50	g/dL	13.5-17.5	Normal
	HCT	40.70	%	41.0-53.0	Rendah
	PLT	252.00	10 ³ /uL	150-440	Normal
Kimia Klinik	SGOT	28.3	u/L	5-34	Normal
	SGPT	15.50	u/L	11-50	Normal
	GDS	135	mg/dL	70-140	Normal
	BUN	13.60	mg/dL	8.00-23.00	Normal
	Kreatinin	1.5	mg/dL	0.72-1.25	Normal
	Cl-serum	100.7	mmol/L	94-110	Normal
	K-serum	3.52	mmol/L	3.5-5.10	Normal
	Na-serum	140	mmol/L	136-145	Normal
Analisa Gas	pH	7.44		7.35-7.45	Normal
Darah	PCO2	43.0	mmHg	35-45	Normal
	PO2	212.0	mmHg	80-100	Tinggi
	HCO3-	29.20	mmol/L	22-26	Tinggi

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Hasil bacaan CT-scan kepala :

Intra cerebral hemorrhage pada thalamus kiri, basal ganglia dan mid brain sisi kiri, vol +/-8,6 cc, *Intraventrikular hemorrhage* pada ventrikel lateralis kanan kiri dan ventricle III, *Subarachnoid hemorrhage* minimal regio occipito -temporo-frontalis kanan dan temporal kiri.

6. TERAPI DOKTER

- IVFD NaCl 0,9% 20 tpm
- Oksigen NRM 15 lpm
- Citicholin 250 gram tiap 12 jam
- Manitol 100 cc tiap 4 jam, tap off 100 cc tiap hari
- Captopril 25 mg tiap 8 jam
- Paracetamol 1000 mg tiap 8 jam
- Omeprazol 40 mg tiap 12 jam

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisis data

Data fokus	Etiologi	Masalah
DS : - DO : <ul style="list-style-type: none">- GCS = E2V2M4 (8)- Tingkat kesadaran somnolen- GCS : E2V2M4 (8)- Tekanan darah : 170/100 mmHg- MAP : 123,33 mmHG- Tampak gelisah- Skala nyeri = 7 (<i>Behavior Pain Scale</i>)- Hasil CT-scan : <i>Intracerebral hemorrhage</i> dengan volume perdarahan ± 8,6 cc.	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif

2. Rumusan diagnosis keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

C. Rencana Keperawatan

Hari/ Tanggal /Jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Rabu, 5 Mei 2021 15.30 WITA	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 4 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Sakit kepala menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 5. Tekanan darah sistolik membaik (5) 6. Tekanan darah diastolic membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial Observasi 1. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 2. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 3. Monitor status pernapasan Terapeutik 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi head up 30° 3. Hindari pemberian cairan IV hipotonik Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis Manitol 100 cc @ 4jam, tap off 100 cc/hari 2. Kolaborasi pemberian citicholin 250 mg tiap 12 jam

D. Implementasi Keperawatan

Tgl/ Jam	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
5 Mei 2021 15.30 WITA	Memonitor status pernapasan	DS : - DO : Pola napas abnormal (takipnea), bunyi napas snoring, tidak mampu batuk efektif, terdapat hipersekresi saliva, terdapat otot bantu napas, sputum (-), SaO ₂ = 98 %, ekspansi paru simetris.	
5 Mei 2021 15.45 WITA	Memberikan posisi <i>head up</i> 30° 5. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang 6. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar 7. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30°	DS : - DO : Posisi kepala tempat tidur pasien dielevasi setinggi 30°, leher lurus dan tidak bengkok (fleksi/ekstensi). Setelah 4 jam pemberian posisi, kepala pasien diharuskan kembali ke posisi datar karena akan diintubasi untuk pemasangan alat bantu napas sebelum dilakukan operasi craniotomy.	
5 Mei 2021 16.00 WITA	Menghindari pemberian cairan hipotonik (memberikan cairan NaCl 0,9%)	DS : - DO : Cairan infus terpasang dengan kecepatan aliran 20 tpm	
5 Mei 2021 16.30 WITA	Melaksanakan delegasi pemberian obat	DS : - DO : Obat mannitol 100 cc dan cithicolin 250 mg masuk melalui IV, reaksi alergi tidak ada	
5 Mei 2021 17.00 WITA	Memonitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)	DS : - DO : Kesadaran somnolen, TD = 160/80 mmHg, N = 114 x/menit, RR = 22	

		x/menit, pola napas irregular, muntah proyektil (-), kejang (-), tampak sesak, edema (-), ortopnea (-), hasil EKG : Sinus Takikardia.	
5 Mei 2021 18.00 WITA	Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)	DS : - DO : MAP = 106,67 mmHg	
5 Mei 2021 19.00 WITA	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	DS : DO : Pasien tampak cukup tenang, jumlah penunggu 2orang, pasien diberi privasi	

E. Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
Rabu, 5 Mei 2021 19.30 WITA	<p>S : -</p> <p>O : KU lemah, GCS = E2V2M5 (9), kesadaran somnolen, muntah (-), kejang (-), gelisah (-), reflek pupil (+/+) pola napas abnormal (takipnea), saturasi 96% dengan NRM 15 lpm, terpasang OPA, N=100x/menit, MAP = 106,67 mmHG RR = 22 x /menit, TD =160/80 mmHg, S = 36,5°C, skala nyeri = 7 (<i>Behavior Pain Scale</i>)</p> <p>A : Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>P : Monitor tanda gejala peningkatan TIK</p> <p>Lanjutkan terapi manitol 100 cc/4jam tap off 100 cc/hari, citicholin 250 mg/12 jam IV</p> <p>Rencana operasi craniotomy</p>	

Lampiran 2

**Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan Stroke Hemoragik di IGD RSUP
Sanglah Denpasar Tanggal 13 Mei 2021**

A. Pengkajian

Identitas Pasien

Nama : Tn. A

Umur : 61 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Pensiunan PNS

Agama : Hindu

Tanggal Masuk RS : 13 Mei 2021

Alasan Masuk : Penurunan kesadaran dan kelemahan pada sisi tubuh kiri

Diagnosis Medis : Stroke Hemoragik (SH)






Initial survey:

A (alertness) :

V (verbal) :

P (pain) : √

U (unrespons) :

Warna triase:     
P1 P2 P3 P4 P5

SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI

AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL

1. Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran : Somnolen

Pernafasan : Abnormal

Upaya bernafas : Ada

Benda asing di jalan nafas: Pangkal lidah jatuh ke belakang

Bunyi nafas : Snoring

Hembusan nafas : Terdengar

2. Diagnosis Keperawatan

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuscular dibuktikan dengan tidak mampu batuk, batuk tidak efektif, lidah jatuh ke belakang, suara napas snoring.

BREATHING

1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan : Takipnea

Frekwensi Pernafasan : 24x /menit

Retraksi Otot bantu nafas : Tidak terdapat otot bantu napas

Kelainan dinding thoraks : Dinding thoraks tampak simetris

Bunyi nafas : Snoring

Hembusan nafas : Terdengar hembusan napas

2. Diagnosis Keperawatan : Tidak ada

CIRCULATION

1. Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran : Somnolen

Perdarahan (internal/eksternal) : Tidak terdapat perdarahan eksternal, dicurigai adanya perdarahan di otak

Kapilari Refill : ≤ 2 detik

Tekanan darah : 160/100 mmHg

Nadi radial/carotis : 121 x/menit

Akral perifer : Hangat

2. Diagnosis Keperawatan

Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E2 V2 M5 : 9

Tingkat kesadaran : Somnolen

Reflex fisiologis : Reflek pupil (+/+)

Reflex patologis : Reflek Babinski (-)

Kekuatan otot : $\frac{222}{222} | \frac{333}{333}$

Skala nyeri : 7 (*Behavior Pain Scale*)

2. Diagnosis Keperawatan

Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

PENGAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)

7. RIWAYAT KESEHATAN

a. RKD

Keluarga mengatakan pasien memang memiliki riwayat hipertensi sekitar 20 tahun yang lalu namun dikatakan kadang lupa minum obat dan bandel karena suka makan sembarangan. Riwayat masuk rumah sakit sebelumnya kurang lebih setahun yang lalu karena hipertensi.

b. RKS

Pasien Tn.A datang ke IGD di antar keluarga karena mengalami penurunan kesadaran sejak \pm 6 jam sebelum masuk rumah sakit dan kelemahan pada tubuh kiri tiba-tiba saat sedang duduk bersembahyang di Pura, pasien dikatakan sulit mengangkat lengan kiri maupun menggerakkan kaki kiri. Saat itu pasien masih dapat berkomunikasi namun beberapa jam pasien mulai bicara ngelantur dan selama perjalanan ke rumah sakit pasien mengantuk dan mulai tidak sadarkan diri. Bicara pelo tidak diperhatikan oleh keluarga. Muntah, kejang, keluhan nyeri kepala sebelumnya juga disangkal oleh keluarga.

c. RKK

Dikatakan bahwa di dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit tertentu seperti penyakit hipertensi, DM, jantung, dll.

8. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

(Tidak ada)

9. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

a. Kepala : Normocephale

- Kulit kepala : Tidak ada lesi
- Mata : Pupil simetris
- Telinga : Tampak bersih
- Hidung : Tidak ada secret terpasang NGT
- Mulut dan gigi : Mulut tampak kering dan pecah pecah, gigi ompong,
tampak ludah merembes
- Wajah : Tampak simetris, tampak pucat
- b. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
- g. Dada/ thoraks Paru-paru
- Inspeksi : Tampak simetris, tidak terdapat otot bantu napas
- Palpasi : Tidak ada benjolan
- Perkusi : Sonor
- Auskultasi : Vesikuler
- Jantung
- Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak
- Palpasi : Ictus cordis tidak teraba
- Perkusi : Pekak
- Auskultasi : Murmur jantung (-)
- h. Abdomen
- Inspeksi : Tidak ada acites, tidak ada jejas
- Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada
pembesaran hepar
- Perkusi : Timpani
- Auskultasi : Bising usus 10 x/menit

- i. Pelvis
 - Inspeksi : Tidak ada kelainan
 - Palpasi : Tidak ada benjolan
- j. Perineum dan rektum : Tampak bersih, tidak ada lesi
- g. Genitalia : Terpasang cateter urine
- j. Ekstremitas
 - Status sirkulasi : CRT \leq 2 detik, akral hangat, nadi teraba
 - Keadaan injury : Tidak terdapat injury
- k. Neurologis
 - Fungsi sensorik : Tidak terkaji
 - Fungsi motorik : Kekuatan otot = $\frac{222}{222} | \frac{333}{333}$

10. HASIL LABORATORIUM

Nama	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai	Keterangan
Pemeriksaan				Rujukan	
Darah Lengkap (DL)	WBC	13.12	10 ³ /uL	4.1-11.0	Tinggi
	RBC	5.78	10 ³ /uL	4.5-5.9	Normal
	HGB	16.70	g/dL	13.5-17.5	Normal
	HCT	51.70	%	41.0-53.0	Rendah
	PLT	253.00	10 ³ /uL	150-440	Normal
Kimia Klinik	SGOT	27.9	u/L	5-34	Normal
	SGPT	25.90	u/L	11-50	Normal
	GDS	120	mg/dL	70-140	Normal
	BUN	17.10	mg/dL	8.00-23.00	Normal
	Kreatinin	1.20	mg/dL	0.72-1.25	Normal
	Cl-serum	104	mmol/L	94-110	Normal
	K-serum	4.46	mmol/L	3.5-5.10	Normal
	Na-serum	139	mmol/L	136-145	Normal
Analisa Gas	pH	7.30		7.35-7.45	Rendah
Darah	PCO2	52.0	mmHg	35-45	Tinggi
	PO2	170.0	mmHg	80-100	Tinggi
	HCO3-	25.60	mmol/L	22-26	Tinggi

11. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Hasil bacaan CT-scan kepala :

Intracerebral hemorrhage dengan volume perdarahan $\pm 4,7$ cc disertai perifokal edema.

12. TERAPI DOKTER

- IVFD NaCl 0,9% 12 tpm
- Oksigen NRM 12 lpm
- Citicholin 250 gram tiap 12 jam
- Paracetamol 1000 mg tiap 8 jam
- Omeprazol 40 mg tiap 12 jam

B. Diagnosis Keperawatan

a. Analisis data

Data fokus	Etiologi	Masalah
DS : - DO : <ul style="list-style-type: none">- Tingkat kesadaran somnolen- GCS : E2V2M5 (9)- Tekanan darah : 160/100 mmHG- MAP : 120 mmHg- Tampak cukup gelisah- Skala nyeri : 7 (<i>Behavior Pain Scale</i>)- Hasil CT-scan : <i>Intracerebral hemorrhage</i> dengan volume perdarahan ± 4,7 cc disertai perifokal edema.	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif

b. Rumusan diagnosis keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

C. Rencana Keperawatan

Hari/ Tanggal /Jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Rabu, 5 Mei 2021 11.30 WITA	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 4 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil : 7. Tingkat kesadaran meningkat (5) 8. Sakit kepala menurun (5) 9. Gelisah menurun (5) 10. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 11. Tekanan darah sistolik membaik (5) 12. Tekanan darah diastolic membaik (5)	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>Observasi</p> <p>4. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)</p> <p>5. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</p> <p>6. Monitor status pernapasan</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>5. Berikan posisi head up 30°</p> <p>6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3. Kolaborasi pemberian pemberian citicholin 250 mg tiap 12 jam</p>

D. Implementasi Keperawatan

Tgl/ Jam	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
5 Mei 2021 11.30 WITA	Memonitor status pernapasan	DS : - DO : Pola napas abnormal (takipnea), bunyi napas snoring, tidak mampu batuk efektif, terdapat otot bantu napas sputum (-), SaO ₂ = 96 %, ekspansi paru simetris.	
5 Mei 2021 11.45 WITA	Memberikan posisi <i>head up</i> 30° 8. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang 9. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar 10. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30°	DS : - DO : Posisi kepala tempat tidur pasien dielevasi setinggi 30°, leher lurus dan tidak bengkok (fleksi/ekstensi). Selama pelaksanaan terdapat interupsi karena pasien harus menjalani pemeriksaan rontgen thoraks yang menyebabkan posisi leher pasien berubah selama beberapa saat.	
5 Mei 2021 12.00 WITA	Menghindari pemberian cairan hipotonik (memberikan cairan NaCl 0,9%)	DS : - DO : Cairan infus terpasang dengan kecepatan aliran 12 tpm	
5 Mei 2021 12.30 WITA	Melaksanakan delegasi pemberian obat	DS : - DO : Obat cithicolin 250 mg masuk melalui IV, reaksi alergi tidak ada	
5 Mei 2021 13.00 WITA	Memonitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)	DS : - DO : Kesadaran somnolen, TD = 150/80 mmHg, N = 106 x/menit, RR = 24 x /menit, pola napas irregular, muntah	

		proyektil (-), kejang (-), , x tampak sesak, edema (-), ortopnea (-), hasil EKG : Atrial fibrillation	
5 Mei 2021 14.00 WITA	Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)	DS : - DO : MAP = 103,33 mmHg	
5 Mei 2021 15.00 WITA	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	DS : DO : Pasien tampak tenang, jumlah penunggu 1 orang, pasien diberi privasi	

E. Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
Rabu, 5 Mei 2021 19.30 WITA	S : - O : KU lemah, kontak inadkuat, GCS = E3V3M5 (11), kesadaran somnolen, muntah (-), kejang (-), gelisah (-), reflek pupil (+/+) pola napas abnormal (takipnea), saturasi 98% dengan NRM 12 lpm, terpasang OPA, N=113x/menit, MAP = 103 mmHG RR = 22 x /menit, TD =150/80 mmHg, S = 36,8°C. kala nyeri = 6 (<i>Behavior Pain Scale</i>) A : Resiko perfusi serebral tidak efektif P : Monitor tanda gejala peningkatan TIK cc/hari, citicholin 250 mg/12 jam IV Berikan anti edema bila skor GCS turun > 2	

Lampiran 3

Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian Posisi <i>Head Up</i> 30°	
Pengertian	Posisi <i>head up</i> 30 derajat merupakan posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar.
Tujuan	Untuk meningkatkan <i>venous drainage</i> dari kepala dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak
Prosedur : Persiapan alat	Tempat tidur/ <i>bed</i> pasien yang posisi kepalanya dapat dianikkan/diturunkan
Pre-interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis pasien 2. Cuci tangan
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan perkenalkan diri 2. Identifikasi pasien : tanyakan nama, tanggal lahir, alamat (minimal 2 item). Cocokkan dengan gelang identitas 3. Tanyakan kondisi/keluhan pasien 4. Jelaskan tujuan, prosedur, lama tindakan, dan hal yang perlu dilakukan pasien 5. Berikan kesempatan pasien/keluarga bertanya sebelum kegiatan dilakukan
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga privasi pasien 2. Letakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang 3. Atur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar 4. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi 5. Atur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30°
Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi perasaan pasien, simpulkan hasil kegiatan, berikan umpan balik positif 2. Kontrak pertemuan selanjutnya 3. Cuci tangan
Dokumentasi	Dokumentasikan tindakan yang dilakukan pada catatan keperawatan



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN

Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33, Pedungan Denpasar
Telp/Faksimile : (0361) 725273/724563
Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIA-N
PRODI PROFESI NERS POLTEKKES DENPASAR

Nama Mahasiswa : Ni Luh Putu Desy Trisna Ekayanti
NIM : 207120320006

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	9/6-21		Ida Erni Sipahutar, S.Kep Ners M.Kep
2	Perpustakaan	4/6-21		Dewa Nyoman Triusijaya
3	Laboratorium	4/6-21		Ni Made Suniari, S. Kep. Ners
4	HMJ	4/6-21		Dewa Made Ardi Krisna M.
5	Keuangan	4/6-21		Ni M. Astuti
6	Administrasi umum/perengkapan	4/6-21		I Ketut Wijaya

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti ujian KIA-N jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Denpasar

Ners. I Made Sukarja, S.Kp.M.Kep
NIP. 196812311992031020



Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120320006
Nama Mahasiswa Ni Luh Putu Desy Trisna Ekayanti
Info Akademik Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners
 Semester : 2

Skripsi | **Bimbingan** | Jurnal Ilmiah | Seminar Proposal | Syarat Sidang

Bimbingan				
No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	KONSULTASI KASUS KIAN	7 Mei 2021	✓
2	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	PENGAJUAN JUDUL KIAN	11 Mei 2021	✓
3	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BIMBINGAN BAB 1-2	18 Mei 2021	✓
4	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BIMBINGAN BAB 3-5	21 Mei 2021	✓
5	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	PERBAIKAN BAB 1-5	25 Mei 2021	✓
6	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BIMBINGAN KIAN LENGKAP	7 Jun 2021	✓
7	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	BIMBINGAN BAB 1	25 Mei 2021	✓
8	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	BIMBINGAN BAB 2-3	27 Mei 2021	✓
9	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	PERBAIKAN BAB 1-3	30 Mei 2021	✓
10	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	BIMBINGAN BAB 4-5	1 Jun 2021	✓
11	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	PERBAIKAN BAB 4-5	3 Jun 2021	✓
12	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	PENGUMPULAN BAB 1-5	6 Jun 2021	✓

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Luh Putu Desy Trisna Ekayanti
NIM : P07120320006
Program Studi : Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2020/2021
Alamat : Jl. Pucuk Rejuna, Link. Kebon, Baler Bale Agung, Negara
Nomor HP/Email : 081946443485/desytrisna7@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Ilmiah Akhir Ners berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang IGD RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021

1. Dan Menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 11 Juni 2021

Yang menyatakan,



Ni Luh Putu Desy Trisna Ekayanti

NIM: P07120320006