

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Praktik Keperawatan Mata Kuliah Peminatan dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Sanglah Denpasar pada tanggal 12 – 30 April 2021. Pengkajian pada pasien pertama yaitu Ny. K dilakukan tanggal 16 April 2021 pukul 16.30 WITA. Sedangkan pengkajian pada pasien kedua yaitu Tn.IB dilakukan tanggal 20 April 2021 pukul 12.00 WITA.

Tabel 2
Pengkajian Kasus Kelolaan I dan Kasus Kelolaan II Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

Kasus I		Kasus II	
Identitas Pasien		Identitas Pasien	
Nama	: Ny. K	Nama	: Tn.IB
Umur	: 70 tahun	Umur	: 61 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Tidak bekerja	Pekerjaan	: Tidak bekerja
Agama	: Hindu	Agama	: Hindu
Tgl. Masuk RS	: 16 April 2021	Tgl. Masuk RS	: 20 April 2021
Alasan Masuk kesadaran	: Penurunan	Alasan Masuk kesadaran	: Penurunan
Diagnosa Medis	: SH (ICH)	Diagnosa Medis	: SH (ICH)
Initial survey : Pain		Initial survey : Pain	
Warna triase : P2		Warna triase : P2	
Survei Primer dan Resusitasi		Survei Primer dan Resusitasi	
a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal		a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal	
Keadaan jalan nafas		Keadaan jalan nafas	
Tingkat kesadaran : Somnolen		Tingkat kesadaran : Somnolen	
Pernafasan : Spontan		Pernafasan : Spontan	
Upaya bernafas : Ada		Upaya bernafas : Ada	
Benda asing di jalan nafas : Saliva		Benda asing di jalan nafas : Saliva	
Bunyi nafas : Ronkhi		Bunyi nafas : Ronkhi	
Hembusan nafas : Ada		Hembusan nafas : Ada	
b. <i>Breathing</i>		b. <i>Breathing</i>	
Fungsi pernafasan		Fungsi pernafasan	
Jenis Pernafasan : Spontan		Jenis Pernafasan : Spontan	
Frekwensi : 22x/menit		Frekwensi : 18x/menit	
Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada		Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada	
Kelainan dinding thoraks : -		Kelainan dinding thoraks : -	
Bunyi nafas : Vesikuler +/+,		Bunyi nafas : Vesikuler +/+,	
Ronchi +/+		Ronchi +/+	

Hembusan nafas : Ada	Hembusan nafas : Ada								
c. <i>Circulation</i> Keadaan sirkulasi Tingkat kesadaran : Somnolen Perdarahan : <i>Intra Cerebral Hemorrhage</i> pada thalamus kanan Kapilari Refill : < 2 detik Tekanan darah : 160/100 mmHg Nadi radial/carotis : 112 x/menit Akral perifer : Hangat d. <i>Disability</i> Pemeriksaan Neurologis : GCS : E:3 V:3 M:4 = 10 Reflex fisiologis : Normal Reflex patologis : Tidak ada Kekuatan otot : <table border="1"> <tr> <td>4444</td><td>3333</td></tr> <tr> <td>4444</td><td>3333</td></tr> </table>	4444	3333	4444	3333	c. <i>Circulation</i> Keadaan sirkulasi Tingkat kesadaran: Somnolen Perdarahan : <i>Intra Cerebral Hemorrhage</i> pada thalamus kiri Kapilari Refill : < 2 detik Tekanan darah : 180/100 mmHg Nadi radial/carotis : 120x/menit Akral perifer : Hangat d. <i>Disability</i> Pemeriksaan Neurologis : GCS : E:3 V:3 M:4 = 10 Reflex fisiologis : Normal Reflex patologis : Tidak ada Kekuatan otot : <table border="1"> <tr> <td>3333</td><td>4444</td></tr> <tr> <td>3333</td><td>4444</td></tr> </table>	3333	4444	3333	4444
4444	3333								
4444	3333								
3333	4444								
3333	4444								
Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder	Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder								
1. Riwayat Kesehatan	1. Riwayat Kesehatan								
a. RKD : Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 9 Tahun yang lalu.	a. RKD : Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak Tahun 2015								
b. RKS : Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah pada tanggal 16 April 2021 pukul 16.30 Wita dengan keluhan kelemahan pada tubuh bagian kiri dan mengalami penurunan kesadaran sejak tadi siang pukul 11.30 wita. Keluarga mengatakan sebelumnya pasien merasa mual mendadak saat sedang membuat teh. Pasien tampak bicara mengeran, tidak ada kontak mata, dan terkadang gelisah , lalu pasien mengalami penurunan kesadaran , tidak ada nyeri kepala dan terjadi kelemahan tubuh sebelah kiri. KU: lemah, kesadaran somnolen, GCS:10 E3V3M4, CRT<2detik, SaO2:96% , TD:160/100 mmHg , N:112 x/menit, S:36,3°C, RR:22x/menit.	b. RKS : Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah pada tanggal 20 april 2021 Pukul 12.00 Wita dengan keluhan kelemahan separuh tubuh bagian kanan dan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak kurang lebih 6 jam yang lalu . Keluarga pasien mengatakan saat sedang duduk bersembahyang pasien terjatuh ke sisi kiri , saat itu pasien masih bisa berkomunikasi namun beberapa jam kemudian pasien mulai bicara melantur dan gelisah , tidak ada nyeri kepala dan mual muntah , KU: lemah, kesadaran somnolen, GCS:10 E3V3M4,CRT<2detik,SaO2:97%,TD:180/100 mmHg, N:120 x/menit, S:36,6°C, RR:22x/menit.								
c. RKK : Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya ada yang memiliki riwayat hipertensi yaitu ibu pasien tetapi sudah meninggal .	c. RKK : Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya ada yang memiliki riwayat hipertensi yaitu ibu pasien tetapi sudah meninggal.								
2. Riwayat dan Mekanisme Trauma : Pasien tidak mengalami trauma.	2. Riwayat dan Mekanisme Trauma : Pasien tidak mengalami trauma.								
3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)	3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)								

a. Kepala : Normocephal Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih. Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih. Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, nyeri tekan tidak ada. Hidung : Tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi, tidak ada bengkak dan nyeri tekan. Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi. Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema maupun nyeri tekan.	a. Kepala : Normocephal Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih. Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih. Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, nyeri tekan tidak ada. Hidung : Tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi, tidak ada bengkak dan nyeri tekan. Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi. Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema maupun nyeri tekan.
b. Leher : Tidak tampak adanya pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis teraba.	b. Leher : Tidak tampak adanya pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis teraba.
c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normal chest, tidak tampak adanya pembengkakan. Paru-paru Inspeksi : Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi +/+ Jantung Inspeksi : Gerak dada simetris Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung Perkusi : Sonor Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)	c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normal chest, tidak tampak adanya pembengkakan. Paru-paru Inspeksi : Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi +/+ Jantung Inspeksi : Gerak dada simetris Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung Perkusi : Sonor Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)
d. Abdomen Inspeksi : Tidak tampak adanya pembengkakan. Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (-) Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)	d. Abdomen Inspeksi : Tidak tampak adanya pembengkakan. Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (-) Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)
e. Pelvis Inspeksi : Bentuk pelvis normal Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	e. Pelvis Inspeksi : Bentuk pelvis normal Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
	f. Perineum dan rektum : Tidak dikaji

f. Perineum dan rektum : Tidak dikaji		g. Genitalia : Tidak dikaji	
g. Genitalia : Tidak dikaji		h. Ekstremitas	
h. Ekstremitas		Status sirkulasi : CRT <2detik	
Status sirkulasi : CRT <2detik		Keadaan injury : Tidak ada	
Keadaan injury : Tidak ada		i. Neurologis	
i. Neurologis		Fungsi sensorik : Normal	
Fungsi sensorik : Normal		Fungsi motorik : Mengalami	
Fungsi motorik : Mengalami		kelemahan pada ekstremitas bagian kanan.	
kelemahan pada ekstremitas bagian kiri.			
Hasil Pemeriksaan Penunjang		Hasil Pemeriksaan Penunjang	
Pemeriksaan Laboratorium		Pemeriksaan Laboratorium	
Hematologi		Hematologi	
Darah Lengkap		Darah Lengkap	
Trombosit (PLT)	: 241,00 ³ /uL	Trombosit (PLT)	: 253,00 ³ /uL
MCV	: 94,10 fL	MCV	: 89,40 fL
MCHC	: 31,90 g/dL	MCHC	: 32,30 g/dL
MCH	: 30,00 Pg	MCH	: 28,90 Pg
Leukosit (WBC)	: 16,7110 ³ /uL	Leukosit (WBC)	: 13,32 10 ³ /uL
Hemoglobin (HGB)	: 13,80 g/dL	Hemoglobin (HGB)	: 16,70 g/dL
Hematocrit (HCT)	: 43,30%	Hematocrit (HCT)	: 51,70%
Eritrosit (RBC)	: 4,60 10 ⁶ /uL	Eritrosit (RBC)	: 5,78 10 ⁶ /uL
Kimia Klinik		Kimia Klinik	
Ureum	: 8,20 mg/dL	Ureum	: 17,10 mg/dL
SGPT	: 7,30 U/L	SGPT	: 25,90 U/L
SGOT	: 14,7 U/L	SGOT	: 27,9 U/L
Pemeriksaan Elektrolit		Pemeriksaan Elektrolit	
Natrium	: 142 mmol/L	Natrium	: 139 mmol/L
Kalium	: 3,47 mmol/L	Kalium	: 4,46 mmol/L
Glukosa sewaktu	: 137 mg/dL	Glukosa sewaktu	: 120 mg/dL
Creatinine	: 0,70 mg/dL	Creatinine	: 1,20 mg/dL
Chlorida	: 103,5 mmol/L	Chlorida	: 104,0 mmol/L
Hasil Pemeriksaan Diagnostik		Hasil Pemeriksaan Diagnostik	
Pemeriksaan MSCT Scan kepala irisan axial , tanpa kontras :		Pemeriksaan MSCT Scan kepala irisan axial reformat sagittal dan coronal , tanpa kontras :	
Tampak lesi hiperdens berdensitas darah pada thalamus kanan terukur +/- 3,4 x 2,6x 3,2 cm (volume +/- 14.7 cc) dengan perifokal edema disekitarnya yang mendesak minimal ventrikel III ke kiri sejauh +/- 0,3 cm		Tampak lesi hiperdens berdensitas darah pada thalamus kiri dengan ukuran +/- 2,5 x 2,1 x 1,8 cm (+/- vol 4,7 ml) disertai dengan perifokal edema disekitarnya	
Tampak lesi hiperdens berdensitas darah tampak mengisi ventrikel lateralis kanan kiri (dominan kanan) , ventrikel III dan IV		Tampak lesi hiperdens berdensitas darah yang mengisi ventrikel III dan minimal pada posterior horn ventrikel lateralis kanan kiri	
Tampak lesi hiperdens berdensitas darah minimal yang mengisi sulcus regio temporal		Tampak lesi hipodens batas tegas pada centrum semiovale kanan , nucleus lentiformis kiri dan basal ganglia kanan	

dan sisterna premedullary kanan kiri Sulci dan gyri diluar lesi normal Sistem cisterna diluar lesi normal Tak tampak klasifikasi abnormal Pons dan cerebellum tak tampak kelainan Tampak perselubungan pada mastoid air cell kanan Orbita kanan kiri dan mastoid kiri tak tampak kelainan Tampak perselubungan berdensitas cairan pada sinus maksilaris , frontalis , ethmoidalis , dan sphenoidalis kanan Sinus maksilaris , frontalis , ethmoidalis , dan sphenoidalis kiri tak tampak kelainan Calvaria dan basis cranii tak tampak kelainan SCALP tak tampak kelainan	Sulci dalam dan gyri mendatar System ventrikel lateralis kanan kiri , Ili,IV dan cisterna melebar ringan Tak tampak deviasi midline struktur Tak tampak klasifikasi abnormal Pons dan cerebellum tak tampak kelainan Orbita dan mastoid kanan kiri tak tampak kelainan Tampak deviasi septum nasi ke kiri Tampak hipertropi konka inferior kanan Tak tampak pneumatisasi sinus frontalis kanan kiri Sinus maksilaris,ethmoidalis dan sphenoidalis kanan kiri tak tampak kelainan Calvaria dan basis cranii tak tampak kelainan SCALP tak tampak kelainan
Kesan : - <i>Sub Arachnoid Hemorrhage</i> minimal pada regio temporol dan sisterna premedullary kanan kiri - <i>Intra Ventricular Hemorrhage</i> pada ventrikel lateralis bilateral , Ventrikel III , dan IV sesuai modified Fisher Classification grade 2 - <i>Intra Cerebral Hemorrhage</i> pada thalamus kanan dengan perifokal edema disekitarnya yang mendesak minimal ventrikel III ke kiri sejauh +/- 0,3 cm - Mastoiditis kanan - Sinusitis maksilaris , frontalis , ethmoidalis, dan sphenoidalis kanan	Kesan : - <i>Intra Cerebral Hemorrhage</i> pada thalamus kiri ukuran 2,5x 2,1x 1,8 cm , volume 4,7 ml , dengan perifocal edema disekitarnya - IVH pada ventrikel lateralis kanan kiri cornu posterior dan ventrikel III - <i>Chronic cerebral infarction</i> di centrum semlovale kanan , nucleus leniformis kiri dan basal ganglia kanan - <i>Age related brain atrof</i> - Deviasi septum nasi ke kiri
Terapi Dokter IVD NaCl 0,9% 20 Tpm Nikardipin 10mg/ 10 ml intravena Asetazolamid 250mg oral Citicoline 250 mg/2ml intra vena Omeprazole 40 mg/ 10ml intra vena Deksametason 5 mg/ml intra vena Amlodipine 10 mg oral Parasetamol 500mg oral	Terapi Dokter IVD NaCl 0,9% 20 Tpm Nikardipin 10mg/ 10 ml intravena Citicoline 250 mg/2ml intra vena Omeprazole 40 mg/ 10ml intra vena Amlodipine 10 mg oral Parasetamol 500mg oral

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada kasus kelolaan I dan kasus kelolaan II dapat dirumuskan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan

embolisme .

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.

Rencana Keperawatan Kasus Kelolaan I Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

Tanggal/ Jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
16 April 2021, Pukul 16.30 WITA	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) Faktor Risiko ✓ Hipertensi Kondisi Klinis Terkait ✓ Stroke	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 2 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil : ✓ Tingkat kesadaran meningkat (5) ✓ Tekanan arteri rata-rata membaik (5) ✓ Tekanan intra kranial membaik (5) ✓ Tekanan darah sistolik membaik (5) ✓ Tekanan darah diastolik membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial <i>Observasi</i> ✓ Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) ✓ Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) ✓ Monitor MAP (Mean arterial pressure) <i>Terapeutik</i> ✓ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ✓ Berikan posisi semi fowler (<i>head up</i> 30 derajat) <i>Kolaborasi</i> ✓ Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu ✓ Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu Pemantauan Tekanan Intrakranial <i>Observasi</i>

✓	Monitor peningkatan TD
✓	Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
✓	Monitor penurunan tingkat kesadaran
<i>Terapeutik</i>	
✓	Pertahankan posisi kepala dan leher netral
✓	Dokumentasikan hasil pemantauan
<i>Edukasi</i>	
✓	Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Tabel 4.
Rencana Keperawatan Kasus Kelolaan II Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

Tanggal/ Jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
20 April 2021, Pukul 12.00 WITA	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) Faktor Risiko ✓ Embolisme Kondisi Klinis Terkait ✓ Stroke	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 2 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil : ✓ Tingkat kesadaran meningkat (5) ✓ Tekanan arteri rata-rata membaik (5) ✓ Tekanan intra kranial membaik (5) ✓ Tekanan darah sistolik membaik (5) ✓ Tekanan darah diastolik membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial <i>Observasi</i> ✓ Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) ✓ Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) ✓ Monitor MAP (Mean arterial pressure) <i>Terapeutik</i> ✓ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ✓ Berikan posisi semi fowler (<i>head up</i> 30 derajat) <i>Kolaborasi</i>

	✓ Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu ✓ Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
	Pemantauan Tekanan Intrakranial <i>Observasi</i> ✓ Monitor peningkatan TD ✓ Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) ✓ Monitor penurunan tingkat kesadaran <i>Terapeutik</i> ✓ Pertahankan posisi kepala dan leher netral ✓ Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi</i> ✓ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada kasus I dan II dilakukan selama 1 x 2 jam sesuai dengan tindakan yang telah direncanakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

Tabel 5.
Implementasi kasus Kelolaan I Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

No	Tgl/ Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Paraf
1.	16/04/2021 16.30 WITA	1	Memonitor penurunan tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (pain), GCS : E ₃ V ₃ M ₄ (10), tingkat kesadaran somnia	

			Memberikan posisi <i>head up</i> 30 derajat	Ds : - Do : Pasien tampak sudah dalam posisi <i>head up</i> 30 derajat	
			Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 160/100 mmHg N : 112 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,3 °C SpO ₂ : 95 %	
			Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian oksigen (O ₂) melalui NRM 10 lpm	Ds : - Do : Pasien tampak terpasang O ₂ melalui NRM 10 lpm	
			Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 120 mmHg Selisih TDS dan TDD : 60 mmHg	
2.	16.35 WITA	1	Melakukan tindakan delegative pemasangan infus IVFD NaCl 0,9 % 20 tpm dan pengambilan sampel darah .	Ds : - Do : Infus IVFD NaCl 0,9% 20 tpm sudah tampak terpasang pada tangan kanan, tetesan infus lancar, sampel darah sudah diambil	
3.	16.40 WITA	1	Melakukan tindakan pemasangan <i>bed site</i> monitor	Ds : - Do : <i>Bed site</i> monitor sudah tampak terpasang pada pasien	
4.	16.45 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 160/90 mmHg N : 100 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO ₂ : 99 %	
5.	16.47 WITA	1	Memonitor MAP	Ds : - Do : Hasil : MAP : 113 mmHg	

6.	17.00 WITA	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian terapi obat : - Nikardipin 10mg/ 10 ml intravena - Citicoline 250 mg/2ml intra vena - Omeprazole 40 mg/ 10ml intra vena	Ds : - Do : Obat sudah diberikan melalui intravena dan tidak ada reaksi alergi	
7.	17.10 WITA	1	Mempertahankan posisi kepala dan leher pasien netral	Ds : - Do : Posisi kepala dan leher pasien tampak netal yaitu masih dalam posisi <i>head up</i> 30 derajat	
8.	17.11 WITA	1	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan pasien kepada keluarga	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak paham dan mengerti mengenai penjelasan perawat	
9.	17.15 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 150/90 mmHg N : 100 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO ₂ : 100 %	
10.	17.17 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 110 mmHg Selisih TDS dan TDD : 60 mmHg	
11.	17.20 WITA	1	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak mengerti dan pasien hanya di jaga oleh satu orang keluarganya.	
12.	17.30 WITA	1	Memonitor tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (pain), GCS :	

				E ₃ V ₃ M ₄ (10), tingkat kesadaran somnia	
13.	18.00 WITA	1	Memonitor tanda- tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda- tanda vital : TD : 150/90 mmHg N : 100 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,1 °C SpO ₂ : 100 %	
14.	18.02 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 110 mmHg Selisih TDS dan TDD : 60 mmHg	
15.	18.05 WITA	1	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	Ds : - Do : Berdasarkan hasil bacaan CT- Scan pasien tampak mengalami <i>intra cerebral hemorrhage</i> pada thalamus kanan	
16.	18.10 WITA	1	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Ds : - Do : Tidak terjadi tanda/gejala peningkatan TIK	
17.	18.25 WITA	1	Memonitor tanda- tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda- tanda vital : TD : 150/90 mmHg N : 98 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO ₂ : 100 %	
18.	18.27 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 110 mmHg Selisih TDS dan TDD : 60 mmHg	
19.	18.30 WITA	1	Mendokumentasikan hasil pemantauan pasien	Ds : - Do : Hasil pemantauan pasien sudah tampak didokumentasikan di dokumentasi asuhan	

Tabel 6.
Implementasi Kasus Kelolaan II Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada
Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

No	Tgl/ Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Paraf
1	20/04/2021 12.00 WITA	1	Memonitor penurunan tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (<i>pain</i>), GCS : E ₃ V ₃ M ₄ (10), tingkat kesadaran somnolen	
			Memberikan posisi <i>head up</i> 30 derajat	Ds : - Do : Pasien sudah tampak dalam posisi <i>head up</i> 30 derajat	
			Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 180/100 mmHg N : 120 x/menit RR : 22 x/menit S : 36,6 °C SpO ₂ : 93 %	
			Melakukan tindakan Delegative dalam pemberian O ₂ melalui NRM 10 lpm	Ds : - Do : Pasien tampak terpasang O ₂ melalui NRM 10 lpm	
			Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 126 mmHg Selisih TDS dan TDD : 80 mmHg	
2	12.05 WITA	1	Melakukan tindakan delegative dalam pemasangan infus IVFD NaCl 0,9 % 20 tpm dan pengambilan sampel darah .	Ds : - Do : Infus IVFD NaCl 0,9% 20 tpm sudah tampak terpasang pada tangan kiri, tetesan infus lancar, sampel darah sudah diambil	
3	12.10 WITA	1	Melakukan tindakan pemasangan <i>bed site</i> monitor	Ds : - Do : <i>Bed site</i> monitor sudah tampak terpasang	

				pada pasien	
4	12.15 WITA	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian terapi obat : - Nikardipin 10mg/ 10 ml intravena - Citicoline 250 mg/2ml intra vena - Omeprazole 40 mg/ 10ml intra vena	Ds : - Do : Obat sudah diberikan melalui intravena dan tidak ada reaksi alergi	
5	12.17 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 170/100 mmHg N : 114 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO ₂ : 100 %	
6	12.20 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 123 mmHg Selisih TDS dan TDD : 70 mmHg	
7	12.30 WITA	1	Mempertahankan posisi kepala dan leher pasien netral	Ds : - Do : Posisi kepala dan leher pasien tampak netal yaitu masih dalam posisi <i>head up</i> 30 derajat	
8	12.40 WITA	1	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan pasien kepada keluarga	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak paham dan mengerti mengenai penjelasan perawat	
9	12.45 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 170/90 mmHg N : 100 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 °C SpO ₂ : 100 %	
10	12.47 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 116 mmHg Selisih TDS dan TDD : 80 mmHg	

11	12.50 WITA	1	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak mengerti dan pasien hanya di jaga oleh satu orang keluarganya serta tirai samping pasien tampak terpasang	
12	13.10 WITA	1	Memonitor tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (<i>pain</i>), GCS : E ₃ V ₃ M ₅ (11), tingkat kesadaran somnolen	
13	13.15 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 170/90 mmHg N : 78 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO ₂ : 100 %	
14	13.17 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 116 mmHg Selisih TDS dan TDD : 80 mmHg	
15	13.25 WITA	1	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	Ds : - Do : Berdasarkan hasil bacaan CT-Scan pasien tampak mengalami <i>Intra Cerebral Hemorrhage</i> pada thalamus kiri	
16	13.30 WITA	1	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Ds : - Do : Tidak terjadi tanda/gejala peningkatan TIK	
17	13.45 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 170/90 mmHg N : 89 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO ₂ : 100 %	
18	13.47 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 116 mmHg Selisih TDS dan TDD : 80 mmHg	

19	14.00 WITA	1	Mendokumentasikan hasil pemantauan pasien	Ds : - Do : Hasil pemantauan pasien sudah tampak didokumentasikan di dokumentasi asuhan keperawatan	
----	---------------	---	---	--	---

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 7.
Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan I Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

No	Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	16/04/2021, 18.30 WITA	S : - O : - Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (<i>pain</i>), GCS : E₃V₃M₄ (10), tingkat kesadaran somnolen - TD : 150/90 mmHg - N : 98 x/menit - RR : 20 x/menit - S : 36 °C - SpO₂ : 100 % - MAP : 110 mmHg - Selisih TDS dan TDD : 60 mmHg A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP - Berikan posisi semi fowler (<i>head up</i> 30 derajat) - Pertahankan posisi kepala dan leher netral	

Tabel 8.
Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan II Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

No	Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	20/04/2021, 14.00 WITA	S : - O : - Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (<i>pain</i>), GCS : E₃V₃M₅ (11), tingkat kesadaran somnolen - TD : 170/90 mmHg - N : 89 x/menit - RR : 20 x/menit - S : 36 °C - SpO₂ : 100 % - MAP : 116 mmHg - Selisih TDS dan TDD : 80 mmHg A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP - Berikan posisi semi fowler (<i>head up</i> 30 derajat) - Pertahankan posisi kepala dan leher netral	