

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HIPERTENSI + CVA  
DENGAN MASALAH GANGGUAN PERFUSI JARINGAN  
SEREBRAL DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL**



**ELSA STYA EKA PRADANA**  
**NIM 151210010**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA  
D3 KEPERAWATAN  
JOMBANG  
2018**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Elsa Stya Eka Pradana

NIM : 151210010

Jenjang : Diploma

Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. Jika dikemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 18 Oktober 2018

Saya yang menyatakan



**Elsa Stya Eka Pradana**

**NIM : 151210010**



KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HIPERTENSI + CVA  
DENGAN MASALAH GANGGUAN PERFUSI JARINGAN  
SEREBRAL DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan  
(A.Md.Kep) Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Insan Cendekia Medika Jombang



Oleh  
ELSA STYA EKA PRADANA  
NIM 151210010

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA  
D3 KEPERAWATAN  
JOMBANG  
2018

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Elsa Stya Eka Pradana  
NIM : 151210010  
Tempat, tanggal lahir : Ngawi, 27 Juni 1996  
Institusi : Program Studi Diploma III Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi +  
CVA Dengan Masalah Gangguan Perfusi Jaringan  
Serebral

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang saya tulis adalah bukan karya ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi.

Jombang, April 2018



Elsa Stya Eka Pradana

151210010

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Elsa Stya Eka Pradana  
NIM : 151210010  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien  
Hipertensi + CVA Dengan Masalah  
Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Telah disetujui oleh Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi  
Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia  
Medika Jombang.

### Menyetujui Komisi pembimbing

Pembimbing Utama



Inavatur Rosvidah, S.Kep.Ns.M.Kep  
NIK.04.05.053

Pembimbing Anggota



Lusyta Puri Ardhivanti S., ST.M.Kes  
NIK.02.10.218

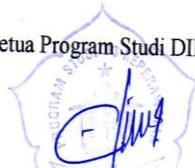
### Mengetahui

Ketua STIKes ICMe



Imam Fathoni, S.KM.,MM  
NIK.03 04 022

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Nita Arisanti Y., S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIK.01.09.170

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Elsa Stya Eka Pradana  
NIM : 151210010  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien  
Hipertensi + CVA Dengan Masalah  
Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada Program Studi  
Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia  
Medika Jombang.

### Menyetujui Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Muarrofah, S.Kep.,Ns.M.Kes



Penguji Utama : Inayatur Rosyidah, S.Kep.Ns.M.Kep (



Penguji Anggota : Lusyta Puri Ardhiyanti S.,ST.M.Kes (



Ditetapkan di : JOMBANG

Pada : April 2018

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis dilahirkan di Ngawi, 27 Juni 1996 dari ayah yang bernama Agus Sutaryono dan ibu yang bernama Ruminati, penulis merupakan putra pertama dari tiga bersaudara.

Tahun 2009 penulis lulus dari SD Negeri Keras Wetan, tahun 2012 penulis lulus dari SMP Negeri 2 Karangrejo, tahun 2015 penulis lulus dari SMK Kesehatan BIM Ngawi, pada tahun 2015 lulus seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur PMDK.. Penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICME Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang,

Penulis

**ELSA STYA EKA PRADANA**

## **MOTTO**

Hidup harus bisa survive, hambatan, keraguan, ketakutan pasti ada, tapi apa yang harus di kawatirin kalau ada yang bisa kamu andelin. Hidup itu pilihan, setiap pilihan punya tujuan dan jalan cerita masing-masing, tapi semua pilihan, Cuma punya satu cara agar mencapai satu tujuan “GERAK” karena sebesar apapun resikonya, enggak ada yang enggak bisa, kalau enggak gerak, setiap cerita pasti punya makna tersendiri bagi dia yang menjalaninya, dan yang terpenting hidup pastinya harus bermanfaat, untuk diri sendiri, orang lain, dan jangan lupa untuk mereka yang selalu ada buat kita.

## **PERSEMBAHAN**

### **Yang Utama Dari Segalanya**

Sujud syukur kepadamu Tuhan Yang Maha Agung, atas kasih sayang dan karuniamu yang telah memberikanku kekuatan dan ketabahan serta membekaliku dengan ilmu dan akal serta kesabaran dalam menjalani kehidupan ini, atas rahmat Mu jualah akhirnya Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang-orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

### **Ibunda dan Ayahanda Tercinta**

Ayahanda dan ibunda, disini anakmu mencoba untuk memberikan sesuatu yang terbaik untukmu. Betapa diri ini ingin melihat kalian bangga kepadaku. Walaupun itu tidak mungkin bisa membalas semua kasih sayang dan pengorbanan yang telah kalian berikan untukku, yang tanpa henti selalu mendoakan dan memberi dukungan disetiap langkahku.

Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Ibu dan Ayah bahagia dan bangga karena kusaadar, selama ini belum bisa berbuat yang berarti buatmu.

Maafkanlah aku Ibu, Ayah, yang telah selalu merepotkanmu  
membuatmu marah membuatmu menangis. Aku berjanji  
akan menjadi anak yang berguna bagimu kelak.

Terima Kasih Ibu.... Terima Kasih Ayah....

#### **Dosen – dosenku**

Terima kasih telah menjadi orang tua kedua untukku, telah membimbingku selama masa pendidikanku di kampus ini, terima kasih atas semua bimbingan, motivasi, serta ilmu yang telah kalian berikan kepadaku.

#### **Teman dan Sahabatku**

Tanpa semangat, dukungan dan bantuan kalian tak akan mungkin aku dapat sampai disini, terima kasih untuk canda, tawa, tangis dan perjuangan yang telah kita lewati bersama, tetap kejar mimpi kalian, semoga kita semua nanti menjadi orang yang sukses, Amin.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala karunia-NYA sehingga Proposal Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan keperawatan pada klien Hipertensi dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Pasuruan” ini dapat selesai tepat pada waktunya.

Penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat :Imam Fathoni, S.KM.,MM selaku ketua STIKES ICME Jombang ,Nita Arisanti Y.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kaprodi D III Keperawatan STIKES ICME Jombang,Inayatur Rosyidah,S.Kep.Ns.M.Kep selaku pembimbing utama yang telah banyak memberi pengarahan, motivasi dan masukan dalam penyusunan proposal ini,Lusyta Puri Ardhiyanti S.,ST.M.Kes selaku pembimbing Dua yang telah banyak memberi motivasi dan pengarahan dan ketelitian dalam penyusunan proposal ini. Kepada kedua orang tua dan keluarga saya yang selalu memberi do'a dan semangat tiada henti dalam penyusunan proposal. Teman-teman yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung memberikan saran dan dorongan sehingga terselesaikannya Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharap saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya, mudah - mudahan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Amin

Jombang, 30 Januari 2018

Penulis

## **ABSTRAK**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HIPERTENSI + CVA DENGAN MASALAH GANGGUAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL**

**Oleh :  
Elsa Stya Eka Pradana**

Hipertensi dan CVA (Cerebro Vascular Accident) atau Stroke merupakan masalah kesehatan dunia yang merupakan penyakit yang sering diderita oleh banyak orang dan kini benar-benar telah menjadi masalah kesehatan dunia. Masalah yang sering muncul pada penderita hipertensi + CVA adalah menurunnya suplai oksigen ke otak akibat otak mengalami peningkatan tekanan intrakranial dan mengakibatkan gangguan perfusi jaringan serebral. Tujuan penelitian ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi + CVA dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.

Desain penelitian ini adalah Deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Penelitian diambil dari RSUD Bangil Pasuruan sebanyak 2 klien dengan diagnosa hipertensi + CVA dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral.

Hasil studi kasus pada klien 1 dan 2 dengan penderita hipertensi + CVA, didapatkan satu diagnosa yang prioritas yakni gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan klien dapat berbicara dengan normal.

Kesimpulan dari kasus keluarga klien 1 dan 2 dengan penderita hipertensi + CVA adalah masalah teratasi sebagian. Saran dari studi kasus ini yaitu menjaga pola hidup yang teratur agar tekanan darah di batas normal.

**Kata kunci : Asuhan keperawatan, Hipertensi + CVA, Gangguan Perfusi Jaringan Serebral**

## **ABSTRACT**

### ***NURSING CARE OF HYPERTENSIVE CLIENTS + CVA With the ISSUE of IMPAIRED CEREBRAL TISSUE PERFUSION in KRISSAN RSUD BANGIL***

**By:**

***Elsa Styra Eka Pradana***

*Hypertension and CVA (Cerebro Vascular Accident) or Stroke is a world health problem which is a disease that is often suffered by many people and is now really has become the world's health problems. A problem that frequently arises in people with hypertension are declining CVA + supply of oxygen to the brain due to a brain experience increased intracranial pressure and cerebral perfusion disorders result in a network. The purpose of this research is to implement the nursing care of clients who experienced hypertensive disorders problems with CVA + perfusion in cerebral tissues of krissan RSUD Bangil Pasuruan.*

*The design of this research is Descriptive using the case study method. Research taken from RSUD Bangil Pasuruan 2 clients with hypertension diagnosis problems with CVA + disturbance of cerebral tissue perfusion.*

*The results of a case study on client 1 and 2 with hypertension sufferers + CVA, obtained a diagnosis of priority i.e. cerebral tissue perfusion disorders associated with increased intracranial pressure. After 3 days of nursing care obtained a client can speak normally.*

*The conclusion of the case family 1 and 2 clients with hypertension sufferers + CVA is partly the problem is fixed. The advice of this case study, namely maintaining a regular life pattern so that the blood pressure in the normal range.*

***Keywords: Nursing Care, hypertension, impaired Perfusion + CVA Cerebral Tissue***

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL LUAR.....	i
HALAMAN JUDUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
RIWAYAT HIDUP.....	vi
MOTTO.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK.....	x
ABSTRACT.....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	x
<b>BAB 1      PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Batasan Masalah.....	3
1.1. Rumusan Masalah.....	4
1.2. Tujuan.....	4
1.3. Manfaat.....	4
<b>BAB 2      TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Konsep Hipertensi + CVA.....	6
2.2. Konsep Gangguan Perfusi Jaringan Serebral.....	19
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan.....	20
<b>BAB 3      METODE PENELITIAN</b>	
3.1. Desain Penelitian.....	30
3.2. Batasan Batasan Istilah.....	31
3.3. Partisipan.....	31
3.4. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian.....	32
3.5. Pengumpulan Data.....	32
3.6. Uji Keabsahan Data.....	33
3.7. Analisis Data.....	33
<b>BAB 4      HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil.....	35
4.2 Pembahasan.....	47
<b>BAB 5      KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan.....	54
5.2 Saran.....	55

## DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Gambar	Halaman
Gambar 2.1.7.	<i>WOCHipertensi + CVA</i> .....	14

## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Tabel	Halaman
Tabel 2.1.3	Batasan Hipertensi Berdasarkan <i>The Join National Commite VIII Tahun 2014</i> .....	7
Tabel 2.2.4	Kategori Tekanan Darah Berdasarkan <i>American Heart Association</i> .....	7
Tabel 2.3.3.	Intervensi Gangguan Perfusi Jaringan Serebral.....	27
Tabel 4.1	Identitas Klien.....	35
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit.....	35
Tabel 4.3	Perubahan Pola Kesehatan.....	36
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik.....	37
Tabel 4.5	Pemeriksaan Diagnostik.....	39
Tabel 4.6	Terapi.....	39
Tabel 4.7	Analisa Data.....	39
Tabel 4.8	Diagnosa Keperawatan.....	41
Tabel 4.9	Intervensi Keperawatan.....	42
Tabel 4.10	Implementasi Keperawatan.....	43
Tabel 4.11	Evaluasi Keperawatan.....	45

## LAMPIRAN

Lampiran 1	:	Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus.....	58
Lampiran 2	:	Permohonan Menjadi Responden.....	59
Lampiran 3	:	Persetujuan Menjadi Responden.....	60
Lampiran 4	:	Konsep Asuhan Keperawatan.....	64
Lampiran 5	:	Surat Pernyataan.....	76
Lampiran 6	:	Surat Penelitian dari STIKes ICMe.....	77
Lampiran 7	:	Surat Balasan Penelitian dari RSUD Bangil.....	78
Lampiran 8	:	Lembar Konsul.....	79

## DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

### LAMBANG

1. % : Persentase
2. > : Lebih dari
3. < : Kurang dari
4. BB : Berat badan
5. CL : Klorida
6. Cm : Centi meter
7. Cc : *Centimeter Cubic*
8. Kg : Kilo Gram
9. Mg : Mili Gram
10. Mm<sup>3</sup> : Mili Meter *Cubic*
11. mmHg : *Mili meter hydrargyrum*
12. NaCL : Natrium Klorida
13. O<sub>2</sub> : Oksigen

### SINGKATAN

1. AHA : *American Heart Hyperplasia*
2. BAB : Buang Air Besar
3. BAK : Buang Air Kecil
4. BB : Berat Badan
5. BUN : *Blood Urea Nitrogen atau nitrogen urea darah*
6. CRT : *Cardiac Resynchronization Therapy*
7. DM : Diabetes mellitus
8. EKG : Elektro Kardio Grafik
9. FKUI : Falkutas Kedokteran Universitas Indonesia
10. GCS : *Glasgow Coma Scale*
11. HCU : *High Care Unit*
12. ICME : Insan Cendekia Medika
13. ISH : *International Society of Hipertension*
14. IV : Intra Vena
15. IVP : *Intra Venous Pyelografi*

16. JNC : *Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*
17. JVP : *Jugular Venous Pressure*
18. KB : Keluarga Berencana
19. KMB : Keperawatan Medikal Bedah
20. MK : Masalah Keperawatan
21. MRS : Masuk Rumah Sakit
22. NBRG : Nasi Bubur Rendah Garam
23. NGT : *Nasogastric Tube*
24. NIC : *Nursing Interventions Classification*
25. NOC : *Nursing Outcomes Classification*
26. No.RM : Nomor Rekam Medik
27. N : Nadi
28. Ny : Nyonya
29. PJK : Penyakit Jantung Koroner
30. RAA : *Renin Angiotensin Aldosterone*
31. RS : Rumah Sakit
32. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
33. RR : *Respiration Rate*
34. S : Suhu
35. SGPT : *Serum Glutamic Pyruvic Transaminase*
36. SGOT : *Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase*
37. STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
38. TD : Tekanan Darah
39. TIK : Tekanan Intrakranial
40. Tn : Tuan
41. TPR : *Total Peripheral Resistance*
42. VAS : *Visual Analog Scale*
43. WHO : *World Health Organization*

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Hipertensi merupakan penyakit yang dapat menyerang siapa saja, baik muda maupun tua. Hipertensi juga sering disebut sebagai *silent killer* karena termasuk penyakit yang mematikan. Bahkan, Hipertensi tidak dapat secara langsung membunuh penderitanya, melainkan hipertensi memicu terjadinya penyakit lain yang tergolong kelas berat dan mematikan serta dapat meningkatkan resiko serangan jantung, gagal jantung, stroke dan gagal ginjal (Pudiastuti, 2013).

Disamping Hipertensi, CVA (Cerebro Vascular Accident) atau Stroke juga merupakan masalah kesehatan dunia yang merupakan penyakit yang sering diderita oleh banyak orang dan kini benar-benar telah menjadi masalah kesehatan dunia juga.

CVA atau Stroke merupakan suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (World Health Organization [WHO], 2014). CVA atau Stroke adalah suatu keadaan yang mengakibatkan seseorang mengalami kelumpuhan atau kematian karena terjadinya gangguan perdarahan di otak yang menyebabkan kematian jaringan otak (Batticaca, 2009). CVA atau Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi control gerakan tubuh

yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (American Heart Association[AHA], 2015)

Masalah yang sering muncul pada penderita hipertensi + CVA adalah menurunnya suplai oksigen ke otak akibat otak mengalami peningkatan tekanan intrakranial dan mengakibatkan gangguan perfusi jaringan serebral (Gunawan,2016).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyebut angkanya saat ini terus meningkat secara global dan diprediksi pada tahun 2025 sekitar 29 persen orang dewasa di seluruh dunia akan mengidap hipertensi + CVA.

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2016 menunjukkan bahwa 25,8 persen penduduk Indonesia mengidap hipertensi + CVA. Di RSUD Bangil Pasuruan sendiri jumlah penderita hipertensi + CVA pada tahun 2016 mencapai 958 orang.

Manifestasi klinis yang ditimbulkan antara lain sirkulasi darah menjadi tidak memadai lagi, maka terjadilah gangguan pada sistem transportasi oksigen, karbondioksida, dan hasil-hasil metabolisme lainnya, fungsi organ-organ tubuh akan mengalami gangguan seperti gangguan pada proses pembentukan air seni di dalam ginjal ataupun pembentukan cairan cerebrospinalis dan lainnya (Kowalski, Robert, 2010).

Sehingga penanganan utama pada pasien ini adalah meningkatkan status suplai oksigen didalam otak dan memposisikan pasien 15 - 30° (Kusuma, 2012) untuk memperbaiki perfusi jaringan serebral pada pasien hipertensi + CVA.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka terdapat satu permasalahan yang serius pada pasien hipertensi + CVA, satu masalah tersebut mempunyai kesempatan penanganan yaitu Gangguan Perfusi Jaringan Serebral. Sehingga penulis menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada . . . hipertensi + CVA dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan”.

## **1.2 Batasan Masalah**

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada : Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan Masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.

## **1.3 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan ?

## **1.4 Tujuan**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dalam studi kasus ini adalah :

1. Melakukan pengkajian keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.
3. Menyusun perencanaan keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.
4. Melakukan tindakan keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.
5. Melakukan evaluasi keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.

## **1.5 Manfaat**

### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan terkait asuhan keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.

### 1.5.2 Manfaat Praktis

1. Perawat / petugas kesehatan

Bisa dijadikan sebagai tambahan ilmu untuk peningkatan pelaksanaan praktek keperawatan.

2. Klien / responden

Klien merasa keadaannya lebih baik dan masalah yang dialami dapat teratasi.

3. Peneliti selanjutnya

Bisa digunakan sebagai acuan data serta sumber referensi.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Hipertensi + CVA**

##### **2.1.1. Definisi Hipertensi + CVA**

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri yang mengangkut darah dari jantung dan memompa keseluruhan jaringan dan organ–organ tubuh secara terus–menerus lebih dari suatu periode (Irianto, 2014).

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknyanya di atas 90 mmHg (Syamsudin, 2011). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal, jantung, dan otak bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai (Kemenkes RI, 2013)

CVA atau Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (World Health Organization [WHO], 2014). CVA atau Stroke adalah suatu keadaan yang mengakibatkan seseorang mengalami kelumpuhan atau kematian karena terjadinya gangguan perdarahan di otak yang menyebabkan kematian jaringan otak (Batticaca, 2009).

##### **2.1.2. Klarifikasi hipertensi + CVA**

Menurut WHO (2013), batas normal tekanan darah adalah tekanan darah sistolik kurang dari 120 mmHg dan tekanan darah diastolik kurang

dari 80 mmHg. Seseorang yang dikatakan hipertensi bila tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Berdasarkan *The Joint National Commite VIII* (2014) tekanan darah dapat diklasifikasikan berdasarkan usia dan penyakit tertentu. Diantaranya adalah:

**Tabel 2.1.3 Batasan Hipertensi Berdasarkan *The Joint National Commite VIII Tahun 2014***

Batasan tekanan darah (mmHg)	Kategori
$\geq 150/90$ mmHg	Usia $\geq 60$ tahun tanpa penyakit diabetes dan <i>cronic kidney disease</i>
$\geq 140/90$ mmHg	Usia 19-59 tahun tanpa penyakit penyerta
$\geq 140/90$ mmHg	Usia $\geq 18$ tahun dengan penyakit ginjal
$\geq 140/90$ mmHg	Usia $\geq 18$ tahun dengan penyakit diabetes

Sumber: *The Joint National Commite VIII* (2014).

**Tabel 2.1.4 Kategori Tekanan Darah Berdasarkan *American Heart Association***

Kategori tekanan darah	Sistolik	Diastolik
Normal	$< 120$ mmHg	$< 80$ mmHg
Prehipertensi	120-139 mmHg	80-89 mmHg
Hipertensi stage 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi stage 2	$\geq 160$ mmHg	$\geq 100$ mmHg
Hipertensi stage	$\geq 180$ mmHg	$\geq 110$ mmHg

### 2.1.5. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi + CVA menurut Corwin (2009), Irianto (2014), Padila (2013), Price dan Wilson (2006), Syamsudin (2011), Udjianti (2010) yaitu :

a. Hipertensi esensial atau hipertensi primer.

Merupakan 90% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi esensial yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya (Idiopatik). Beberapa faktor diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial seperti berikut ini:

- 1) Genetik: individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini. Faktor genetik ini tidak dapat dikendalikan, jika memiliki riwayat keluarga yang memiliki tekanan darah tinggi.
- 2) Jenis kelamin dan usia: laki – laki berusia 35- 50 tahun dan wanita menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi. Jika usia bertambah maka tekanan darah meningkat faktor ini tidak dapat dikendalikan serta jenis kelamin laki–laki lebih tinggi dari pada perempuan.
- 3) Diet: konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi. Faktor ini bisa dikendalikan oleh penderita dengan mengurangi konsumsinya karena dengan mengkonsumsi banyak garam dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang, khususnya dengan penderita hipertensi, diabetes, serta orang dengan usia yang

tua karena jika garam yang dikonsumsi berlebihan, ginjal yang bertugas untuk mengolah garam akan menahan cairan lebih banyak dari pada yang seharusnya didalam tubuh. Banyaknya cairan yang tertahan menyebabkan peningkatan pada volume darah seseorang atau dengan kata lain pembuluh darah membawa lebih banyak cairan. Beban ekstra yang dibawa oleh pembuluh darah inilah yang menyebabkan pembuluh darah bekerja ekstra yakni adanya peningkatan tekanan darah didalam dinding pembuluh darah. Kelenjar adrenal memproduksi suatu hormon yang dinamakan Ouobain. Kelenjar ini akan lebih banyak memproduksi hormon tersebut ketika seseorang mengkonsumsi terlalu banyak garam. Hormon ouobain ini berfungsi untuk menghadirkan protein yang menyeimbangkan kadar garam dan kalsium dalam pembuluh darah, namun ketika konsumsi garam meningkat produksi hormon ouobain mengganggu keseimbangan kalsium dan garam dalam pembuluh darah. Kalsium dikirim kepembuluh darah untuk menyeimbangkan kembali, kalsium dan garam yang banyak inilah yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan tekanan darah tinggi. Konsumsi garam berlebih membuat pembuluh darah pada ginjal menyempit dan menahan aliran darah. Ginjal memproduksi hormone rennin dan angiotenin agar pembuluh darah utama mengeluarkan tekanan darah yang besar sehingga pembuluh darah pada ginjal bisa mengalirkan darah seperti biasanya. Tekanan darah yang besar dan kuat ini menyebabkan seseorang menderita hipertensi. Konsumsi garam per hari yang dianjurkan adalah sebesar 1500 – 2000 mg atau setara dengan satu sendok teh. Perlu diingat bahwa sebagian orang sensitif terhadap garam sehingga mengkonsumsi garam sedikit saja dapat menaikkan tekanan darah. Membatasi

konsumsi garam sejak dini akan membebaskan anda dari komplikasi yang bisa terjadi.

4) Berat badan: Faktor ini dapat dikendalikan dimana bisa menjaga berat badan dalam keadaan normal atau ideal. Obesitas (>25% diatas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya peningkatan tekanan darah atau hipertensi.

5) Gaya hidup: Faktor ini dapat dikendalikan dengan pasien hidup dengan pola hidup sehat dengan menghindari faktor pemicu hipertensi itu terjadi yaitu merokok, dengan merokok berkaitan dengan jumlah rokok yang dihisap dalam waktu sehari dan dapat menghabiskan berapa putung rokok dan lama merokok berpengaruh dengan tekanan darah pasien. Konsumsi alkohol yang sering, atau berlebihan dan terus menerus dapat meningkatkan tekanan darah pasien sebaiknya jika memiliki tekanan darah tinggi pasien diminta untuk menghindari alkohol agar tekanan darah pasien dalam batas stabil dan pelihara gaya hidup sehat penting agar terhindar dari komplikasi yang bisa terjadi.

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi sekunder, yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid, hipertensi endokrin, hipertensi renal, kelainan saraf pusat yang dapat mengakibatkan hipertensi.

c. Sedangkan CVA atau Stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian : (1) trombosis (bekuan darah dalam pembuluh darah otak atau leher), (2) embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh lain), (3) iskemia (penurunan aliran

darah ke area otak), (4) hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke jaringan otak atau ruang sekitar otak). Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, bicara atau sensasi.

#### 2.1.6. Patofisiologi

Tekanan arteri sistemik adalah hasil dari perkalian *cardiac output* (curah jantung) dengan total tahanan perifer. *Cardiac output* (curah jantung) diperoleh dari perkalian antara stroke volume dengan heart rate (denyut jantung). Pengaturan tahanan perifer dipertahankan oleh sistem saraf otonom dan sirkulasi hormon. Empat sistem kontrol yang berperan dalam mempertahankan tekanan darah antara lain sistem baroreseptor arteri, pengaturan volume cairan tubuh, sistem renin angiotensin dan autoregulasi vaskular (Udjianti, 2010).

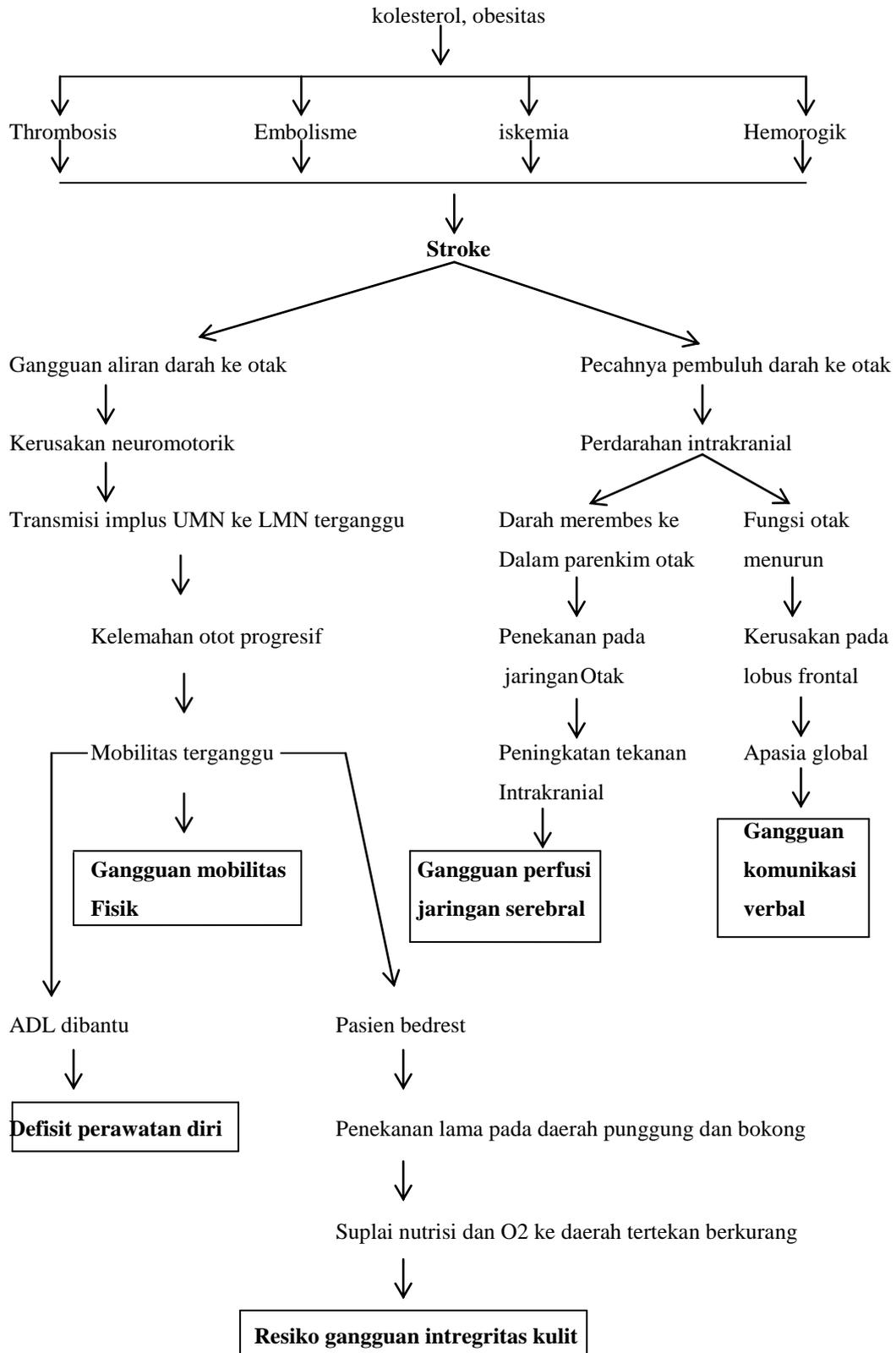
Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di vasomotor, pada medulla di otak. Pusat vasomotor ini bermula dari saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Titik neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf paska ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah (Padila, 2013).

Sedangkan jika terjadi hipoksia seperti yang terjadi pada stroke, di otak akan mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan

permanen yang terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit(AHA, 2015). Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah arteri serebral dan arteri karotis interna yang ada di leher(Guyton & Hall, 2012). Adanya gangguan pada peredaran darah otak dapat mengakibatkan cedera pada otak melalui beberapa mekanisme, yaitu 1) penebalan dinding pembuluh darah (arteri serebral) yang menimbulkan penyumbatan sehingga aliran darah tidak adekuat yang selanjutnya akan terjadi iskemik. 2) Pecahnya dinding pembuluh darah yang menyebabkan hemoragi. 3) Pembesaran satu atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak. 4) Edema serebral yang merupakan pengumpulan cairan pada ruang interstitial jaringan otak(Smeltzer dan Bare, 2012). Penyempitan pembuluh darah otak mula-mula menyebabkan perubahan pada aliran darah dan setelah terjadi stenosis cukup hebat dan melampaui batas krisis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Obstruksi suatu pembuluh darah arteri di otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai peredaran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan yang terjadi pada korteks akibat oklusi pembuluh darah awalnya adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan dilatasi arteri dan arteriola(AHA, 2015).

### 2.1.7. Web Of Caution Hipertensi + CVA

Hipertensi, penyakit jantung, perdarahan serebral, DM, usia, rokok, alkohol, peningkatan



Gambar 2.1.7 WOC Hipertensi + CVA (Padila, 2013)

#### 2.1.8. Manifestasi klinis

Pemeriksaan fisik pada pasien yang menderita hipertensi tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi. Tetapi dapat ditemukan perubahan pada retina, seperti pendarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat terdapat edema pupil (edema pada diskus optikus) (Smeltzer dan Bare, 2002).

Tahapan awal pasien kebanyakan tidak memiliki keluhan. Keadaan simtomatik maka pasien biasanya peningkatan tekanan darah disertai berdebar–debar, rasa melayang (*dizzy*) dan impoten. Hipertensi vaskuler terasa tubuh cepat untuk merasakan capek, sesak nafas, sakit pada bagian dada, bengkak pada kedua kaki atau perut (Setiati, Alwi, Sudoyo, Simadibrata, Syam, 2014). Gejala yang muncul sakit kepala, pendarahan pada hidung, pusing, wajah kemerahan, dan kelelahan yang bisa terjadi saat orang menderita hipertensi (Irianto, 2014).

Hipertensi dasar seperti hipertensi sekunder akan mengakibatkan penderita tersebut mengalami kelemahan otot pada aldosteronisme primer, mengalami peningkatan berat badan dengan emosi yang labil pada sindrom *cushing*, *polidipsia*, *poliuria*. *Feokromositoma* dapat muncul dengan keluhan episode sakit kepala, palpitasi, banyak keringat dan rasa melayang saat berdiri (*postural dizzy*) (Setiati, Alwi, Sudoyo, Simadibrata, dan Syam, 2014). Saat hipertensi terjadi sudah lama pada penderita atau hipertensi sudah dalam keadaan yang berat dan tidak diobati gejala yang timbul yaitu sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, gelisah, pandangan menjadi kabur (Irianto, 2014).

Semua itu terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal. Pada penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan mengakibatkan penderita mengalami koma karena terjadi pembengkakan pada bagian otak. Keadaan tersebut merupakan keadaan ensefalopati hipertensi (Irianto, 2014).

#### 2.1.9. Komplikasi

Hipertensi yang tidak teratasi, dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya menurut Price dan Wilson (2006), Corwin (2009), Vitahealth (2005), Setiati, Alwi, Sudoyo, Simadibrata, dan Syam (2014), Irianto (2014) seperti :

##### 1. Payah Jantung

Payah jantung (*Congestive heart failure*) adalah kondisi jantung tidak mampu lagi memompa darah yang dibutuhkan tubuh. Kondisi ini terjadi karena kerusakan otot jantung atau sistem listrik jantung.

##### 2. Stroke

Hipertensi adalah faktor penyebab utama terjadi stroke, karena tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah yang sudah lemah menjadi pecah. Bila hal ini terjadi pada pembuluh darah otak, maka terjadi pendarahan otak yang dapat berakibat kematian. Stroke juga dapat terjadi akibat sumbatan dari gumpalan darah yang macet dipembuluh yang sudah menyempit.

### 3. Kerusakan ginjal

Hipertensi dapat menyempitkan dan menebalkan aliran darah yang menuju ginjal, yang berfungsi sebagai penyaring kotoran tubuh. Dengan adanya gangguan tersebut, ginjal menyaring lebih sedikit cairan dan membuangnya kembali ke darah.

### 4. Kerusakan pengelihat

Hipertensi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di mata, sehingga mengakibatkan pengelihat menjadi kabur atau buta. Pendarahan pada retina mengakibatkan pandangan menjadi kabur, kerusakan organ mata dengan memeriksa fundus mata untuk menemukan perubahan yang berkaitan dengan hipertensi yaitu retinopati pada hipertensi. Kerusakan yang terjadi pada bagian otak, jantung, ginjal dan juga mata yang mengakibatkan penderita hipertensi mengalami kerusakan organ mata yaitu pandangan menjadi kabur.

## 2.2. Pemeriksaan Penunjang

### 1. Hematokrit

pada penderita hipertensi kadar hematokrit dalam darah meningkat seiring dengan meningkatnya kadar natrium dalam darah. Pemeriksaan hematokrit diperlukan juga untuk mengikuti perkembangan pengobatan hipertensi.

### 2. Kalium serum

Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi

### 3. Kreatinin serum

Hasil yang didapatkan dari pemeriksaan kreatinin adalah kadar kreatinin dalam darah meningkat sehingga berdampak pada fungsi ginjal.

### 4. Urinalisa

Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan / adanya diabetes.

### 5. Elektrokardiogram

Pembesaran ventrikel kiri dan gambaran kardiomegali dapat dideteksi dengan pemeriksaan ini. Dapat juga menggambarkan apakah hipertensi telah lama berlangsung.

## 2.2.1. Penatalaksanaan

Terapi pada penyakit hipertensi Menurut Marya (2013) dibagi menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis, terapi farmakologis yaitu:

### 1. Terapi farmakologis

#### a. Diuretik

Peranan sentral retensi garam dan air dalam proses terjadinya hipertensi essensial, penggunaan diuretic dalam pengobatan hipertensi dapat masuk akal. Akan tetapi, akhir-akhir ini rasio manfaat terhadap risikonya masih belum jelas. Efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan diuretik seperti: hipokalemia, hiperurisemia, dan intoleransi karbohidrat dapat meniadakan efek manfaat obat tersebut dalam menurunkan tekanan darah tinggi.

b. Vasodilator

Peningkatan resistensi perifer merupakan kelainan utama hipertensi essensial, maka pemberian obat vasodilator dapat menjawab kelainan ini. Obat-obat vasodilator akan menyebabkan vasodilatasi atau pelebaran pembuluh darah yang akan menurunkan tekanan darah.

2. Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis bagi penderita hipertensi yaitu:

- a. Mengurangi atau menghilangkan faktor-faktor seperti: stress, merokok, dan obesitas.
- b. Melakukan aktivitas olahraga aerobik secara teratur.
- c. Membatasi asupan jumlah kalori, garam, kolerterol, lemak dan lemak jenuh dari makanan.

## 2.2.2 Konsep Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

### 2.2.3. Definisi Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Menurut Kusuma (2012), gangguan perfusi jaringan serebral merupakan adanya penurunan sirkulasi jaringan otak, akibat situasi O<sub>2</sub> di dalam otak dan nilai Gaslow Coma Scala menurun, Ketidakefektifan perfusi apabila tidak di tangani dengan segera akan meningkatkan tekanan intrakranial. Sehingga penanganan utama pada pasien ini adalah meningkatkan status O<sub>2</sub> dan memposisikan pasien 15 - 30°.

### 2.2.4. Batasan karakteristik

Batasan karakteristik pada klien dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral antara lain peningkatan tekanan darah *sistolik* secara tiba – tiba sangat berbahaya oleh karenanya dapat melewati *blood brainbarrier* terjadi edema serebral dengan pemberian obat kepada klien ada beberapa

macam, tetapi yang sering dilakukan yaitu pemberian obat melalui intravena yang umumnya dilakukan di ruang perawatan di rumah sakit. Terapi intravena merupakan cara yang digunakan untuk memberikan cairan pada pasien yang tidak dapat menelan, tidak sadar, dehidrasi atau syok. Terapi intravena bertujuan mencegah gangguan cairan dan *elektrolit* (Potter dan Perry, 2006).

#### 2.2.5. Faktor yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan atau hal-hal yang dapat mengakibatkan timbulnya masalah gangguan perfusi jaringan serebral antara lain penurunan sirkulasi jaringan otak, akibat oksigen di dalam otak menurun. Keadaan ini mengakibatkan disorientasi pada pasien hipertensi. (Kusuma, 2012)

#### a. Konsep Asuhan Keperawatan Klien Dengan Hipertensi + CVA

##### 2.3.1. Pengkajian

##### 1. Biodata

- a. Inisial :
- b. Umur :
- c. Jenis Kelamin :
- d. Suku / bangsa :

##### 2. Keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang

Kepala terasa pusing, tidak bisa tidur, lemah.

##### 3. Riwayat penyakit masa lalu

Biasanya penyakit hipertensi ini adalah penyakit yang sudah lama di alami oleh pasien, dan biasanya pasien mengkonsumsi obat rutin.

4. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya penyakit hipertensi ini adalah penyakit turunan dari keluarga pasien.

5. Riwayat psikososial

Hubungan pasien dengan keluarga, kerabat, teman

6. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Kebiasaan makan, menu makanan, porsi makan, porsi minum.

b. Istirahat (tidur)

Kebiasaan tidur pasien, gangguan tidur pasien.

c. Eliminasi

BAK (kebiasaan BAK, warna, bau)

BAB (kebiasaan BAB, warna, bau)

d. Personal hygiene

Mandi (kebiasaan mandi, memakai sabun)

Gosok gigi (kebiasaan gosok gigi)

7. Pemeriksaan fisik

a. Kulit, rambut dan kuku

Inspeksi : warna kulit, jaringan parut, lesi, dan vaskularisasi.

Amati adanya pruritus, dan abnormalitas lainnya.

Palpasi : palpasi kulit untuk mengetahui suhu, turgor, tekstur, edema, dan massa.

b. Kepala

Inspeksi : kesimetrisan muka. Tengkorak, kulit kepala (lesi, massa).

Palpasi : dengan cara merotasi dengan lembut ujung jari ke bawah dari tengah tengah garis kepala ke samping. Untuk mengetahui adanya bentuk kepala pembengkakan, massa, dan nyeri tekan, kekuatan akar rambut.

c. Mata

Inspeksi : kelopak mata, perhatikan bentuk dan kesimetrisannya. Amati daerah orbital ada tidaknya edema, kemerahan atau jaringan lunak dibawah bidang orbital, amati konjungtiva dan sklera (untuk mengetahui adanya anemis atau tidak) dengan menarik/membuka kelopak mata. Perhatikan warna, edema, dan lesi. Inspeksi kornea (kejernihan dan tekstur kornea) dengan berdiri disamping klien dengan menggunakan sinar cahaya tidak langsung. Inspeksi pupil, iris.

Palpasi : ada tidaknya pembengkakan pada orbital dan kelenjar lakrimal.

## d. Hidung

Inspeksi : kesimetrisan bentuk, adanya deformitas atau lesi dan cairan yang keluar.

Palpasi : batang dan jaringan lunak hidung adanya nyeri, massa, penyimpangan bentuk.

## e. Telinga

Inspeksi : amati kesimetrisan bentuk, dan letak telinga, warna, dan lesi.

Palpasi : kartilago telinga untuk mengetahui jaringan lunak, tulang telinga ada nyeri atau tidak.

## f. Mulut dan faring

Inspeksi : warna dan mukosa bibir, lesi, dan kelainan kongenital, kebersihan mulut, faring.

## g. Leher

Inspeksi : bentuk leher, kesimetrisan, warna kulit, adanya pembengkakan, jaringan parut atau massa.

Palpasi : kelenjar limfa/kelenjar getah bening, kelenjar tiroid.

## h. Thorak dan tulang belakang

Inspeksi : kelainan bentuk thorak, kelainan bentuk tulang belakang, pada wanita (inspeksi payudara: bentuk dan ukuran).

Palpasi : ada tidaknya krepitus pada kusta, pada wanita (palpasi payudara: massa).

i. Paru posterior, lateral, interior

Inspeksi : kesimetrisan paru, ada tidaknya lesi.

Palpasi : dengan meminta pasien menyebutkan angka misal 7777. Bandingkan paru kanan dan kiri. Pengembangan paru dengan meletakkan kedua ibu jari tangan ke prosesus xifoideus dan minta pasien bernapas panjang.

Perkusi : dari puncak paru kebawah (supraskapularis/3-4 jari dari pundak sampai dengan torakal 10). Catat suara perkusi: sonor/hipersonor/redup.

Auskultasi : bunyi paru saat inspirasi dan akspirasi (vesikular, bronchovesikular, bronchial, tracheal: suara abnormal : wheezing, ronchi, krekels.

j. Jantung dan pembuluh darah

Inspeksi : titik impuls maksimal, denyutan apical

Palpasi : area aorta pada interkosta ke-2 kiri, dan pindah jari-jari ke intercostae 3, dan 4 kiri daerah trikuspidalis, dan mitralpada interkosta 5 kiri. Kemudian pindah jari dari mitral 5-7 cm ke garis midklavikula kiri.

Perkusi : untuk mengetahui batas jantung (atas-bawah, kanan-kiri).

Auskultasi : bunyi jantung I dan II untuk mengetahui adanya bunyi jantung tambahan.

## k. Abdomen

Inspeksi : ada tidaknya pembesaran, datar, cekung, kebersihan umbilikus.

Palpasi : epigastrium, lien, hepar, ginjal.

Perkusi : 4 kuadran (timpani,hipertimpani, pekak).

Auskultasi : 4 kuadran (peristaltik usus diukur dalam 1 menit, bising usus).

## l. Genetalia

Inspeksi : inspeksi anus (kebersihan, lesi, massa, perdarahan) dan lakukan tindakan rectal touch (khusus laki-laki untuk mengetahui pembesaran prostat), perdarahan, cairan, dan bau.

Palpasi : skrotum dan testis sudah turun atau belum.

## m. Ekstremitas

Inspeksi : inspeksi kesimetrisan, lesi, massa.

Palpasi : tonus otot, kekuatan otot.

Kaji sirkulasi : akral hangat/dingin, warna, *Capillary Refill Time (CRT)*.

Kaji kemampuan pergerakan sendi.

Kaji reflek fisiologis : bisep, trisep, patela, arcilles.

Kaji reflek patologis : reflek plantar.

## 8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada penderita hipertensi dapat melalui pemeriksaan hematokrit, kalium serum, kreatinin serum, urinalisa, elektrokardiogram

### 2.3.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon individu, klien atau masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita hipertensi antara lain :

- a. Gangguan perfusi jaringan serebral
- b. Resiko penurunan curah jantung
- c. Resiko tinggi cedera
- d. Gangguan pemenuhan nutrisi
- e. Kelebihan volume cairan
- f. Intoleransi aktivitas

### 2.3.3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral antara lain :

DIAGNOSA	NOC	NIC
<p>Gangguan Perfusi Jaringan Serebral</p> <p>Definisi : Penurunan oksigen yang mengakibatkan kegagalan penerimaan nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan status mental</li> <li>2. Perubahan perilaku</li> <li>3. Kesulitan menelan</li> <li>4. Kelemahan</li> <li>5. Ketidaknormalan dalam berbicara</li> </ol> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan aliran arteri atau vena</li> </ul>	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Staus sirkulasi</li> <li>2. Status Perfusi Jaringan Serebral</li> </ol> <p>Status Sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah dalam batas normal</li> <li>b. Kekuatan nadi dalam batas normal</li> <li>c. Rata-rata tekanan darah dalam batas normal</li> <li>d. Tekanan vena sentral dalam batas normal</li> <li>e. Tidak ada hipotensi ortostatik</li> <li>f. Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> <li>g. Tidak ada angina</li> <li>h. AGD dalam batas normal</li> <li>i. Perbedaan O<sub>2</sub> arteri dan vena dalam batas normal</li> <li>j. Tidak ada suara tambahan</li> <li>k. Kekuatan pulsasi perifer</li> <li>l. Tidak pelebaran vena</li> <li>m. Tidak ada edema perifer</li> </ol> <p>Perfusi Jaringan Serebral</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengisian capillary refil</li> <li>b. Kekuatan pulsasi perifer proksimal</li> <li>c. Kesimetrisan pulsasi perifer proksimal</li> <li>d. Tingkat sensasi normal</li> <li>e. Warna kulit normal</li> <li>f. Kekuatan fungsi otot</li> <li>g. Kutuhan kulit</li> <li>h. Suhu kulit hangat</li> <li>i. Tidak ada edema perifer</li> <li>j. Tidak ada nyeri pada ekstremitas</li> </ol>	<p>Manajemen Sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau nadi perifer</li> <li>2. Catat warna kulit dan temperatur</li> <li>3. Cek capillary refill</li> <li>4. Monitor status cairan, masukan dan keluaran yang sesuai monitor lab Hb dan Hmt</li> <li>5. Monitor perdarahan</li> <li>6. Monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital</li> </ol> <p>Manajemen status neurologi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaksi pupil</li> <li>8. Monitor tingkat kesadaran</li> <li>9. Monitor tingkat orientasi</li> <li>10. Monitor GCS</li> <li>11. Monitor tanda vital</li> <li>12. Monitor respon pasien terhadap pengobatan</li> </ol>

**Kriteria Hasil :**

Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam menunjukkan status sirkulasi, yang dibuktikan dengan :

1. Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam rentang yang diharapkan
2. Tidak ada ortostatik hipotensi
3. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK
4. Klien mampu berkomunikasi dengan jelas dan sesuai kemampuan
5. Klien menunjukkan perhatian, konsentrasi, dan orientasi.
6. Klien mampu memproses informasi
7. Klien mampu membuat keputusan dengan benar
8. Tingkat kesadaran klien membaik

---

#### 2.3.4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap klien yang didasarkan pada rencana keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan yang diinginkan meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping.

Implementasi keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik apabila klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Selama tahap implementasi keperawatan, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien.

### 2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah disusun tercapai atau tidak. Menurut Friedman (dalam Harmoko, 2012) evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi – intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Ada beberapa metode evaluasi yang dipakai dalam perawatan. Faktor yang paling penting adalah bahwa metode tersebut harus disesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang dievaluasi.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Desain Penelitian**

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif studi kasus. Penelitian studi kasus adalah suatu penelitian yang dilakukan secara intensif terinci dan mendalam terhadap suatu organisasi, lembaga atau gejala tertentu (Arikunto, 2006:142). Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal (Notoatmodjo, 2010:47). Jenis penelitian studi kasus deskriptif ini dengan menggunakan metode observasi partisipatif. Metode observasi partisipasi yaitu pengalaman terhadap subyek untuk mendapatkan informasi secara mendalam, dan peneliti ikut terlibat dalam kegiatan tersebut (Lapau, 2013:79). Dalam studi kasus ini peneliti menggunakan dua klien yang akan dikaji sesuai keluhan dan diberi asuhan keperawatan.

Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Hipertensi + CVA Dengan Masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan

#### **3.2. Batasan Istilah**

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung kepada klien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Ali, 2009).
2. Hipertensi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri yang mengangkut darah dari jantung dan memompa keseluruh jaringan dan organ-organ tubuh secara terus-menerus lebih dari suatu periode (Irianto, 2014).
3. CVA atau Stroke adalah suatu sindromklinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dandapat menimbulkan kematian (World Health Organization[WHO], 2014).
4. Gangguan perfusi jaringan serebral merupakan adanya penurunan sirkulasi jaringan otak, akibat situasi O<sub>2</sub> di dalam otak dan nilai Gaslow Coma Scala menurun, Ketidakefektifan perfusi apabila tidak di tangani dengan segera akan meningkatkan tekanan intrakranial (Kusuma, 2012).

#### **4.3. Partisipan**

Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien yang mengalami hipertensi dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Pasuruan. Adapun kriterianya adalah sebagai berikut :

1. 2 Klien yang mengalami Hipertensi + CVA dengan Gangguan Perfusi Jaringan Serebral.
2. 2 Klien yang mengalami kelemahan dan ketidaknormalan dalam berbicara.

3. 2 Klien yang dirawat pada hari ke 2 diruang krissan.
4. 2 Klien yang bersedia dijadikan subjek penelitian.
5. 2 Klien dan keluarga yang kooperatif.

#### **4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian**

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang KRISSAN RSUD Bangil kabupaten Pasuruan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan 3 hari, yaitu dimulai pada tanggal

##### **a. Pengumpulan data**

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah :

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga, sumber data dari klien, perawat lainnya).
2. Observasi dan Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien.
3. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan).

#### **3.6. Uji keabsahan data**

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama, uji keabsahan data dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan.
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi daritiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

### **3.7. Analisis data**

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah :

#### **1. Pengumpulan data.**

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan/implementasi, dan evaluasi.

## 2. Mereduksi data.

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

## 3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagah maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

## 4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1. Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penulis mengambil data penelitian di RSUD Bangil Pasuruan di ruang Krissan. Di ruang Krissan sendiri terbagi menjadi dua ruang yaitu : ruang A ditempati ruang khusus pasien laki – laki dengan 12 tempat tidur, dan diruang B di tempat oleh wanita dengan 12 tempat tidur.

##### 4.1.2. Pengkajian

###### 1. Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Ny.M	Ny.K
Tempat, tgl lahir	Pasuruan, 01-07-1943	Pasuruan, 01-06-1947
Umur	74 tahun	70 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	Tamat SD	Tamat SD
Pekerjaan	Petani	Petani
Alamat	Kraton, Pasuruan	Bangil, Pasuruan
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
No.RM	29-00-xx	36-01-xx
Diagnosa Masuk	HT + CVA	HT + CVA
TGL MRS	02-04-2018	03-04-2018
TGL pengkajian	04-04-2018	04-04-2018

###### 2. Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN 1	KLIEN 2
---------------------	---------	---------

Keluhan Utama	Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara	Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara
Riwayat penyakit sekarang	Klien datang ke RSUD Bangil, Pasuruan diantar keluarganya pada tgl 02-04-2018 jam 19.20 wib, masuk IGD dengan keluhan sudah 2 hari tidak bisa berbicara, pada saat di IGD, TD = 180/100 mmHg, N = 88 x/mnt, RR = 24 x/mnt, S = 36,2°C, pada tgl 03-04-2018 jam 08.00 wib klien dipindah ke ruang Krissan untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut	Klien datang ke RSUD Bangil, Pasuruan diantar keluarganya pada tgl 03-04-2018 jam 09.00 wib, masuk IGD dengan keluhan sudah 1 hari susah berbicara, dan sesak nafas, pada saat di IGD, TD = 170/90 mmHg, N = 88 x/mnt, RR = 26 x/mnt, S = 36,4°C, pada tgl 03-04-2018 jam 16.00 wib klien dipindah ke ruang Krissan untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut
Riwayat penyakit dahulu	Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi ± 1 tahun yang lalu	Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi ± 2 tahun yang lalu
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga klien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita klien saat ini	Keluarga klien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita klien saat ini

## 3. Perubahan pola kesehatan

No	Pola	Di rumah		Di rumah sakit			
		Klien 1	Klien 2	Klien 1	Klien 2		
1	Nutrisi dan cairan	Makan sehari sayur lauk,minum $\pm$ 800 cc/hari,dulu suka makanan berlemak	3x nasi dan sayur serta lauk,minum $\pm$ 800 cc/hari,dulu sering makan berlemak	Makan sehari dan sayur serta lauk,minum $\pm$ 800 cc/hari,dulu sering makan berlemak	3x nasi sayur serta lauk,minum $\pm$ 500 cc/hari	Makan kasar rendah garam, minum sehari, $\pm$ 500 cc/hari	diit rendah 3x garam 3x sehari, minum $\pm$ 500 cc/hari
2	Istirahat dan tidur	Klien malam $\pm$ 6 jam,tidur tidak menentu	Klien tidur malam $\pm$ 5 jam, tidur siang tidak menentu	Sewaktu waktu saatklien mengantuk langsung tidur	–	Sewaktu waktu saatklien mengantuk langsung tidur, sesudah minum obat langsung tidur	–
3	Eliminasi	BAB 1x/hari,BAK sering sedikit-sedikit ( $\pm$ 500 cc).	BAB 1x/hari,BAK sering sedikit-sedikit ( $\pm$ 500 cc).	Saat pengkajian klien belum BAB, produksi urin $\pm$ 700 cc/24 jam		Saat pengkajian klien belum BAB 1x,produksi urine $\pm$ 800 cc/24 jam	
4	Personal Hygine	Mandi 2x/hari, mengganti pakaian 2x/hari,keramas 1x/minggu,jaring sikat gigi	Mandi 2x/hari, mengganti pakaian 2x/hari,keramas 1x/minggu,sikat gigi 2x/hari	Mandi diseka keluarga setiap pagi mengganti pakaian 1x/hari di pagi hari dibantu keluarga, keramas(-) Sikat gigi (-)		Mandi diseka keluarga setiap pagi mengganti pakaian 1x/hari setiap pagi dibantu keluarga keramas(-) Sikat gigi(-)	
5	Aktivitas	Klien dirumah menghabiskan waktu hanya di tempat tidur dan duduk di halaman.	Saat dirumah klien hanya bisa tiduran atau duduk di halaman,aktivitas klien minimal	Klien hanya bedrest saja		Klien hanya bedrest saja	

## 4. Pemeriksaan fisik

OBSERVASI	KLIEN 1	KLIEN 2
Keadaan umum	Penampilan : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa bicara,sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 3-x-6 TTV TD : 170/100 mmHg N : 84 x/mnt S : 36,3°C, RR : 24 x/mnt	Penampilan : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa bicara,merasa pusing,sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 4-x-6 TTV TD : 160/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 36,2°C, RR : 26 x/mnt
Pemeriksaan fisik kepala	Inspeksi : Bentuk kepala normal, rambut tebal beruban,tidak ada benjolan dan lesi. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : Bentuk kepala normal, rambut tebal beruban,tidak ada benjolan dan lesi. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
Mata	Inspeksi : Mata simetris, alis tebal, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva pucat.	Inspeksi : Mata simetris, alis tebal, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal.
Hidung	Inspeksi : Hidung simetris, peradangan tidak ada, sekret (-), pernafasan cuping hidung (+)	Inspeksi : Hidung simetris, peradangan tidak ada, sekret (-), pernafasan cuping hidung (+)
Mulut dan Tenggorokan	Inspeksi : Mukosa bibir kering,saraf ke VII mengalami gangguan mulut agak merot kekiri, gusi tidak berdarah	Inspeksi : Mukosa bibir kering,saraf ke VII nervus fasialis mengalami gangguan mulut agak merot kekanan, gusi tidak berdarah
Leher	Inspeksi : Tidak ada benjolan atau massa pada leher, tidak ada lesi Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.	Inspeksi : Tidak ada benjolan atau massa pada leher, tidak ada lesi Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
Thorak,paru, dan jantung	Inspeksi : Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris, keluhan sesak (+) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daerah dada Perkusi : Sonor (paru kiri dan paru kanan) Auskultasi : Suara nafas	Inspeksi : Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris, keluhan sesak (+) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daerah dada Perkusi : Sonor (paru kiri dan paru kanan)

	vesikuler, suara jantung normal, tidak ada bunyi tambahan.	Auskultasi : Suara nafas vesikuler, suara jantung normal, tidak ada bunyi tambahan.
Abdomen	Inspeksi : Asites (-), perut simetris, mual (-), muntah (-) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area epigastrik, tidak ada pembesaran liver dan organ lain. Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus normal 10-12 x/mnt.	Inspeksi : Asites (-), perut simetris, mual (-), muntah (-) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area epigastrik, tidak ada pembesaran liver dan organ lain. Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus normal 10-12 x/mnt
Ekstremitas dan persendian	Atas Inspeksi : Tidak ada fraktur, terpasang infus asering 14 tpm ditangan kiri Palpasi : Tidak ada oedem Bawah Inspeksi : Tidak ada fraktur Palpasi : Tidak ada oedem Kekuatan otot : $\frac{5}{5} \frac{4}{4}$	Atas Inspeksi : Tidak ada fraktur, terpasang infus asering 14 tpm ditangan kiri Palpasi : Tidak ada oedem Bawah Inspeksi : Tidak ada fraktur Palpasi : Tidak ada oedem Kekuatan otot : $\frac{4}{4} \frac{5}{5}$
Genetalia	Inspeksi : Distensi kandung kemih (-), DC (-) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	Inspeksi : Distensi kandung kemih (-), Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

##### 5. Hasil pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan	Hasil		
	Klien 1 (02-04-2018)	Klien 2 (03-04-2018)	Nilai normal
Tgl pemeriksaan			
Laboratorium			
Darah lengkap			
Leukosit (WBC)	13,31	12,66	3,70 - 10,1
Neutrofil	8,1	4,9	

Limfosit	2,2	2,2	
Monosit	0,9	0,5	
Eusinofil	1,7	0,2	
Basofil	0,4	0,1	
Neutrofil %	60,9	62,3	39,3 – 73,7 %
Limfosit %	L 16,9	27,9	18,0 – 48,3 %
Monosit %	6,5	6,7	4,40 – 12,7 %
Eusinofil %	H 12,7	2,2	0,600 – 7,30 %
Basofil %	H 3,0	0,9	0,00 – 1,70 %
Eritrosit (RBC)	L 4,085	5,951	4,6 – 6,2
Hemaglobin (Hb)	L 5,83	L 12,20	13,5 – 18,0 g/dL
Hematokrit (HCT)	L 36,07	L 37,88	40 – 54%
MCV	L 54,01	L 63,65	81,1 – 96,0
MCH	L 14,27	L 20,50	27,0 – 31,2 pg
MCHC	L 26,43	32,20	31,8 – 35,4 g/dl
RDW	H 14,93	L 10,24	11,5 – 14,5 %
PLT	H 373	286	155 – 366
MPV	5,949	8,408	6,90 – 10,6 fL
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>FAAL GINJAL</b>			
BUN	9	11	7,8– 20,23 mgdL
Kreatinin	0,723	L 0,788	0,8 – 1,3 mg/dL
<b>GULA DARAH</b>			
Glukosa darah sewaktu	116	96	< 200 mg/dL

## 6. Terapi Klien

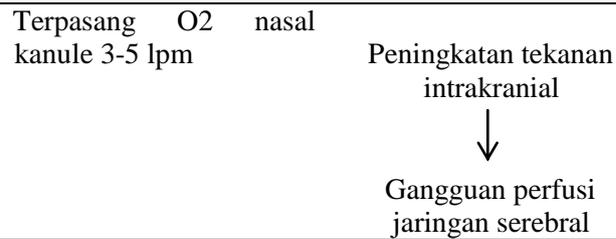
Terapi	
Klien 1	Klien 2
Infuse Asering 1000 cc/24 jam 14 tpm	Infuse Asering 1000 cc/24 jam 14 tpm
Injeksi Kalmeco 1 x 500 mg	Injeksi Kalmeco 1 x 500 mg
Injeksi Omeprazole 1 x 40 mg	Injeksi Omeprazole 1 x 40 mg
Injeksi Citicoline 2 x 250 mg	Injeksi Antrain 3 x 1 gr
O2 nasal kanule 3-5 lpm	O2 nasal kanule 3-5 lpm

## 7. Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<b>Klien 1</b>		
DS : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara	Hipertensi	Gangguan perfusi jaringan serebral
DO : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur	↓ Hemorogik	
	↓	

tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa berbicara,sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 4-x-6 TTV TD : 170/100 mmHg N : 84 x/mnt S : 36,3°C, RR : 24 x/mnt Hemoglobin (Hb) : L 5,83 g/dL Hematokrit (HCT) : L 36,07% Terpasang infus asering 1000cc/24 jam 14 tpm Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm	Stroke ↓ Pecahnya pembuluh darah ke otak ↓ Perdarahan intrakranial ↓ Darah merembes kedalam parenkim otak ↓ Penekanan pada jaringan otak ↓ Peningkatan tekanan intrakranial ↓ Gangguan perfusi jaringan serebral
---	--

Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Klien 2		
DS : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara DO : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa bicara,merasa pusing,sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 4-x-6 TTV TD : 160/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 36,2°C, RR : 26 x/mnt Hemaglobin (Hb) : L 12,20 g/dL Hematokrit (HCT) : L 37,88 % Terpasang infus asering 1000cc/24 jam 14 tpm	Hipertensi ↓ Hemorogik ↓ Stroke ↓ Pecahnya pembuluh darah ke otak ↓ Perdarahan intrakranial ↓ Darah merembes kedalam parenkim otak ↓ Penekanan pada jaringan otak	Gangguan perfusi jaringan serebral



## 8. Diagnosa Keperawatan

Data	Etiologi	Masalah (problem)
<b>Klien 1</b>		
DS : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara DO : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa berbicara,sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 4-x-6 TTV TD : 170/100 mmHg N : 84 x/mnt S : 36,3°C, RR : 24 x/mnt Terpasang infus asering 1000cc/24 jam 14 tpm Terpasang O <sub>2</sub> nasal kanule 3-5 lpm	Peningkatan tekanan intrakranial	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial
<b>Klien 2</b>		
DS : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara DO : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa bicara,merasa pusing,sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 4-x-6 TTV TD : 160/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 36,2°C,	Peningkatan tekanan intrakranial	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial

RR : 26 x/mnt  
 Terpasang infus asering  
 1000cc/24 jam 14 tpm  
 Terpasang O2 nasal  
 kanule 3-5 lpm

## 9. Intervensi keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN		NOC	NIC
Klien 1 Gangguan perfusi serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial		Tujuan : Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam menunjukkan status sirkulasi yang membaik. Kriteria hasil : 9. Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam rentang yang diharapkan 10. Tidak ada ortostatik hipotensi 11. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK 12. Klien mampu berkomunikasi dengan jelas dan sesuai kemampuan 13. Klien menunjukkan perhatian, konsentrasi, dan orientasi. 14. Klien mampu memproses informasi 15. Klien mampu membuat keputusan dengan benar 16. Tingkat kesadaran klien membaik	13. Pantau nadi perifer 14. Catat warna kulit dan temperatur 15. Cek capillary refill 16. Monitor status cairan, masukan dan keluaran yang sesuai monitor lab Hb dan Hmt 17. Monitor perdarahan 18. Monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital 19. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaksi pupil 20. Monitor tingkat kesadaran 21. Monitor tingkat orientasi 22. Monitor GCS 23. Monitor tanda vital 24. Monitor respon pasien terhadap pengobatan
Klien 2 Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial		Tujuan : Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam menunjukkan status sirkulasi yang	1. Pantau nadi perifer 2. Catat warna kulit dan temperatur 3. Cek capillary refill 4. Monitor status

membaik.	cairan, masukan dan keluaran yang sesuai monitor lab Hb dan Hmt
Kriteria hasil :	
1. Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam rentang yang diharapkan	5. Monitor perdarahan
2. Tidak ada ortostatik hipotensi	6. Monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital
3. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK	7. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaksi pupil
4. Klien mampu berkomunikasi dengan jelas dan sesuai kemampuan	8. Monitor tingkat kesadaran
5. Klien menunjukkan perhatian, konsentrasi, dan orientasi.	9. Monitor tingkat orientasi
6. Klien mampu memproses informasi	10. Monitor GCS
7. Klien mampu membuat keputusan dengan benar	11. Monitor tanda vital
8. Tingkat kesadaran klien membaik	12. Monitor respon pasien terhadap pengobatan

## 10. Implementasi keperawatan

### Implementasi klien 1

Hari/tanggal		Hari/tanggal		Hari/tanggal	
Waktu	Rabu	Waktu	Kamis	Waktu	Jumat
	04-04-2018		05-04-2018		06-04-2018
08.00	Memantau nadi perifer : 84 x/mnt	14.00	Memantau nadi perifer : 82 x/mnt	20.00	Memantau nadi perifer : 84 x/mnt
08.10	Mencatat warna kulit dan temperatur : Tidak ada cyanosis, kulit lembab	14.10	Mencatat warna kulit dan temperatur : Tidak ada cyanosis, kulit lembab	20.10	Mencatat warna kulit dan temperatur : Tidak ada cyanosis, kulit lembab
08.15	Mengecek capillary refill : $\leq 2$ detik	14.15	Mengecek capillary refill : $\leq 2$ detik	20.15	Mengecek capillary refill : $\leq 2$ detik

08.25	Memonitor status cairan, masuk, keluaran yang sesuai monitor lab Hb dan Hmt : Hb 12,83 g/dL, Hmt 36,07 %	14.00	Memonitor status hemodinamik, neurologis, dan tanda vital : Hemodinamik 160/100x/mnt, neurologis adanya gangguan saraf nervus farialis VII	20.00	Memonitor status hemodinamik, neurologis, dan tanda vital : Hemodinamik 160/90x/mnt, neurologis adanya gangguan saraf nervus farialis VII
08.35	Memonitor perdarahan : Tidak ada perdarahan	14.30	Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaksi pupil : Pupil isokor, refleksi pupil +/+	20.30	Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaksi pupil : Pupil isokor, refleksi pupil +/+
08.00	Memonitor status hemodinamik, neurologis, dan tanda vital : hemodinamik 170/100 mmHg, neurologis adanya gangguan saraf nervus fasialis VII	14.40	Memonitor tingkat kesadaran : Composmentis	20.40	Memonitor tingkat kesadaran : Composmentis
		14.45	Memonitor tingkat orientasi : adanya kelemahan otot	20.45	Memonitor tingkat orientasi : adanya kelemahan otot
09.00	Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaksi pupil : Pupil isokor, reflek pupil +/+	15.00	Memonitor GCS : 4x6	21.00	Memonitor GCS : 4x6
		14.00	Memonitor tanda vital : TD : 160/100 mmHg, S : 82x/mnt, S : 36 °C, RR : 24x/mnt	20.00	Memonitor tanda vital : TD : 160/90 mmHg, N : 84x/mnt, S : 36,2°C, RR : 24x/mnt
09.10	Memonitor tingkat kesadaran : Composmentis				
09.20	Memonitor tingkat orientasi : Adanya kelemahan otot $\frac{5}{4}$	17.00	Memonitor respon pasien terhadap pengobatan : Pertahankan terapi pengobatan	23.00	Memonitor respon pasien terhadap pengobatan : Pertahankan terapi pengobatan

09.30	Memonitor GCS : 4 X 6	dan oksigenasi 3-5 lpm	dan oksigena 3-5 lpm
08.00	Memonitor tanda vital :Td : 170/100 mmHg, N : 84 x/mnt, S : 36,3°C, RR : 24 x/mnt		
12.00	Memonitor respon pasien terhadap pengobatan : Pertahankan terapi pengobatan dan oksigenasi 3- 5 lpm		

### Implementasi Klien 2

Hari/tanggal		Hari/tanggal		Hari/tanggal		
Waktu	Rabu	Waktu	Kamis	Waktu	Jumat	Paraf
	04-04-2018		05-04-2018		06-04-2018	
08.00	Memantau nadi perifer : 86 x/mnt	14.00	Memantau nadi perifer : 82 x/mnt	20.00	Memantau nadi perifer : 84 x/mnt	
08.10	Mencatat warna kulit dan temperatur : Tidak ada cyanosis, kulit lembab	14.10	Mencatat warna kulit dan temperatur : Tidak ada cyanosis, kulit lembab	20.10	Mencatat warna kulit dan temperatur : Tidak ada cyanosis, kulit lembab	
08.15	Mengecek capillary refill : ≤ 2 detik	14.15	Mengecek capillary refill : ≤ 2 detik	20.15	Mengecek capillary refill : ≤ 2 detik	
08.25	Memonitor status cairan, masuk an, keluaran yang sesuai monitor lab Hb dan Hmt : Hb 12,20 g/dL, Hmt 37,88 %	14.00	Memonitor status hemodinamik, neurologis, dan tanda vital : Hemodinamik 170/100x/mnt, neurologis adanya	20.00	Memonitor status hemodinamik, neurologis, dan tanda vital : Hemodinamik 150/90x/mnt, neurologis adanya	

08.35	Memonitor perdarahan : Tidak ada perdarahan	14.30	gangguan saraf nervus farialis VII	20.30	gangguan saraf nervus farialis VII
08.00	Memonitor status hemodinamik, neurologis, dan tanda vital : hemodinamik 160/90 mmHg, neurologis adanya gangguan saraf nervus fasialis VII	14.40	Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaksi pupil : Pupil isokor, refleksi pupil +/-	20.40	Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaksi pupil : Pupil isokor, refleksi pupil +/-
		14.45	Memonitor tingkat kesadaran : Composmentis	20.45	Memonitor tingkat kesadaran : Composmentis
09.00	Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaksi pupil : Pupil isokor, reflek pupil +/-	15.00	Memonitor tingkat orientasi : adanya kelemahan otot	21.00	Memonitor tingkat orientasi : adanya kelemahan otot
		14.00	$\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$	20.00	$\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$
09.10	Memonitor tingkat kesadaran : Composmentis		tanda vital : TD : 170/100 mmHg, S : 82x/mnt, RR : 36 °C, RR : 24x/mnt		tanda vital : TD : 150/90 mmHg, N : 84x/mnt, S : 36,2°C, RR : 26x/mnt
09.20	Memonitor tingkat orientasi : Adanya kelemahan otot	17.00	Memonitor respon pasien terhadap pengobatan : Pertahankan terapi	23.00	Memonitor respon pasien terhadap pengobatan : Pertahankan terapi
09.30	Memonitor GCS : 4 X 6		pengobatan dan oksigenasi 3-5 lpm		Pengobatan dan oksigenasi 3-5 lpm
08.00	Memonitor tanda vital :Td : 160/90 mmHg, N : 86 x/mnt, S : 36,2°C, RR : 26 x/mnt				

---

12.00 Memonitor respon pasien terhadap pengobatan : Pertahankan terapi pengobatan dan oksigenasi 3-5 lpm

---

### 11. Evaluasi

EVALUASI	HARI 1 04-04-2018	HARI 2 05-04-2018	HARI 3 06-04-2018
<b>Klien 1 (Ny.M)</b>	<p><b>S</b> : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara</p> <p><b>O</b> : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa berbicara,sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 4-x-6 TTV TD : 170/100 mmHg N : 84 x/mnt S : 36,3°C, RR : 24 x/mnt CRT : ≤ 2 detik Gangguan saraf nervus ke VII Kelemahan otot <math>\frac{5}{5} \frac{4}{4}</math></p> <p>Terpasang infus asering 1000cc/24 jam 14 tpm Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi sebagian</p>	<p><b>S</b> : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara</p> <p><b>O</b> : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa berbicara,sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 4-x-6 TTV TD : 160/100 mmHg N : 82 x/mnt S : 36 °C, RR : 24 x/mnt CRT : ≤ 2 detik Gangguan saraf nervus ke VII Kelemahan otot <math>\frac{5}{5} \frac{4}{4}</math></p> <p>Terpasang infus asering 1000cc/24 jam 14 tpm Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan</p>	<p><b>S</b> : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara</p> <p><b>O</b> : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa berbicara,sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 4-x-6 TTV TD : 160/90 mmHg N : 84 x/mnt S : 36,2°C, RR : 24 x/mnt CRT : ≤ 2 detik Gangguan saraf nervus ke VII Kelemahan otot <math>\frac{5}{5} \frac{4}{4}</math></p> <p>Terpasang infus asering 1000cc/24 jam 14 tpm Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm</p> <p><b>A</b> : Masalah</p>

<p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi (1,2,3,6,7,8,9,10,11,12)          Terapi :          Infuse Asering 1000 cc/24 jam 14 tpm          Injeksi Kalmeco 1 x 500 mg          Injeksi Omeprazole 1 x 40 mg          Injeksi Citicoline 2 x 250 mg          O2 nasal kanule 3-5 lpm</p>	<p>intervensi (1,2,3,6,7,8,9,10,11,12)          Terapi :          Infuse Asering 1000 cc/24 jam 14 tpm          Injeksi Kalmeco 1 x 500 mg          Injeksi Omeprazole 1 x 40 mg          Injeksi Citicoline 2 x 250 mg          O2 nasal kanule 3-5 lpm</p>	<p>teratasi sebagian  <b>P</b> : Lanjutkan intervensi (1,2,3,6,7,8,9,10,11,12)          Terapi :          Infuse Asering 1000 cc/24 jam 14 tpm          Injeksi Kalmeco 1 x 500 mg          Injeksi Omeprazole 1 x 40 mg          Injeksi Citicoline 2 x 250 mg          O2 nasal kanule 3-5 lpm</p>
---	--	--

EVALUASI	HARI 1 04-04-2018	HARI 2 05-04-2018	HARI 3 06-04-2018
<b>Klien 2</b> (Ny.K)	<p><b>S</b> : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara  <b>O</b> : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa bicara,merasa pusing,sesak nafas            Kesadaran : Composmentis            GCS : 4-x-6            TTV            TD : 160/90 mmHg            N : 86 x/mnt            S : 36,2°C,            RR : 26 x/mnt            CRT : ≤ 2 detik            Gangguan saraf nervus ke VII            Kelemahan otot  <u>4 5</u>            4 5            Terpasang infus asering 1000cc/24 jam 14 tpm            Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm</p>	<p><b>S</b> : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara  <b>O</b> : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa bicara,merasa pusing,sesak nafas            Kesadaran : Composmentis            GCS : 4-x-6            TTV            TD : 170/100mmHg            N : 82 x/mnt            S : 36°C,            RR : 24 x/mnt            CRT : ≤ 2 detik            Gangguan saraf nervus ke VII            Kelemahan otot  <u>4 5</u>            4 5            Terpasang infus asering 1000cc/24 jam 14 tpm            Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm</p>	<p><b>S</b> : Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa diajak berbicara  <b>O</b> : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun,tidak bisa bicara,merasa pusing,sesak nafas            Kesadaran : Composmentis            GCS : 4-x-6            TTV            TD : 150/90 mmHg            N : 84 x/mnt            S : 36,2°C,            RR : 26 x/mnt            CRT : ≤ 2 detik            Gangguan saraf nervus ke VII            Kelemahan otot  <u>4 5</u>            4 5            Terpasang infus asering 1000cc/24 jam 14 tpm            Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm</p>

---

<b>A</b> : Masalah teratasi sebagian	<b>A</b> : Masalah teratasi sebagian	<b>A</b> : Masalah teratasi sebagian
<b>P</b> : Lanjutkan intervensi (1,2,3,6,7,8,9,10,11,12) Terapi : Infuse Asering 1000 cc/24 jam 14 tpm Injeksi Kalmeco 1 x 500 mg Injeksi Omeprazole 1 x 40 mg Injeksi Antrain 3 x 1 gr O2 nasal kanule 3-5 lpm	<b>P</b> : Lanjutkan intervensi (1,2,3,6,7,8,9,10,11,12) Terapi : Infuse Asering 1000 cc/24 jam 14 tpm Injeksi Kalmeco 1 x 500 mg Injeksi Omeprazole 1 x 40 mg Injeksi Antrain 3 x 1 gr O2 nasal kanule 3-5 lpm	<b>P</b> : Lanjutkan intervensi (1,2,3,6,7,8,9,10,11,12) Terapi : Infuse Asering 1000 cc/24 jam 14 tpm Injeksi Kalmeco 1 x 500 mg Injeksi Omeprazole 1 x 40 mg Injeksi Antrain 3 x 1 gr O2 nasal kanule 3-5 lpm

---

#### 4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan antara kesenjangan yang terjadi antara praktek dan teori yang di lakukan di RSUD Bangil Pasuruan dengan teori yang ada. Di sini penulis akan menjelaskan kesenjangan tersebut. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat di ambil kesempatan atau pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi hingga dapat di gunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan sebagai berikut :

##### 4.2.1 Pengkajian

Data subjektif pada tinjauan kasus dilihat dari pengkajian antara 2 klien di dapatkan keluhan yang sama yang di alami klien 1 tidak bisa berbicara, sesak nafas, dan kelemahan otot sebelah kanan sedangkan pada klien 2 tidak bisa berbicara, sesak nafas, dan kelemahan otot sebelah kiri.

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini penulis menemukan kesamaan pada keluhan utama yang di alami oleh kedua klien, klien 1 mengeluhkan bahwa tidak bisa berbicara karena gangguan saraf nervus fasialis VII, sesak nafas sedangkan pada klien 2 mengeluhkan jika tidak bisa berbicara karena gangguan saraf nervus fasialis VII, sesak nafas. Dari semua keluhan yang dirasakan oleh kedua klien merupakan gejala dari penyakit stroke, penyakit ini disebabkan karena adanya penekanan pada saluran peredaran darah yang ke otak. Sehingga menurut peneliti menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

Menurut Mansjoer (2009) menjelaskan tanda gejala stroke yang ditemukan antara lain : kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparase atau hemiplegia), lumpuh pada salah satu sisi wajah, tonus otot lemah atau kaku, menurun atau hilangnya rasa, gangguan lapang pandang, gangguan bahasa (diisatria: kesulitan dalam membentuk kata, afasia atau disfasia: bicara defektif/ kehilangan bicara), gangguan persepsi, gangguan status mental, gangguan respirasi.

Data objektif pada pemeriksaan fisik antara klien 1 dan klien 2 didapatkan pemeriksaan fisik dengan tanda gejala yang sama yakni pada klien 1 data objektif yang muncul yaitu tidak bisa berbicara, sesak nafas, keadaan umum cukup, anggota gerak bagian kanan (5) dan anggota gerak bagian kiri (5), sedangkan

pada klien 2 data objektif yang muncul yaitu tidak bisa berbicara, sesak nafas, keadaan umum cukup anggota gerak bagian kanan (5) dan anggota gerak bagian kiri (5).

Menurut peneliti kedua klien mengalami tidak bisa berbicara karena gangguan saraf nervus fasialis VII, sesak nafas, dikarenakan gangguan pada saraf yang terdapat pada saraf nervus fasialis VII akibat dari penyumbatan pada otak.

Menurut wijaya (2013) pada pemeriksaan data dasar Penanganan pasien stroke harus dilakukan secara cepat dan tepat untuk mencegah terjadinya keparahan dari suatu diagnosis penyakit dan mencegah untuk terjadinya peningkatan intrakranial yang lebih parah.

#### 4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami kedua klien adalah Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial.

Menurut peneliti dipengaruhi oleh peningkatan tekanan intrakranial sehingga membuat adanya gangguan pada saraf nervus fasialis VII akibat dari penyumbatan pada otak.

Menurut Nabyl (2012) peningkatan tekanan intrakranial menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak. Aliran darah yang berhenti

membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak berhenti, sehingga sebagian otak tidak bisa berfungsi sebagaimana mestinya.

#### 4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa yang sama Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan ketidaknormalan dalam berbicara, intervensi yang digunakan yaitu NANDA NIC-NOC (2013) :Pengkajian, observasi, evaluasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral, Posisikan klien dengan kepala lebih tinggi dari badan dengan posisi head up 30-40, monitor tanda peningkatan TIK, monitor vital sign, Kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen danfarmakologi, monitor ukuran, kesimetrisan reaksi dan bentuk pupil dan monitoring tingkat kesadaran serta membatasi gerak-gerak kepala (Iskandar, 2015).

Menurut peneliti perencanaan keperawatan pada klien 1 dan 2, meliputi kelengkapan data, serta data penunjan lainnya, dan dilakukan menurut kondisi klien, sehingga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

#### 4.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan pada terapi obat dan kelemahan otot, namun untuk kolaborasi pemberian terapi dan kelemahan otot pada klien 1 yaitu infus asering 14 tpm, injeksi citicolin 2x250 mg, omeprazole 1x40 mg, kalmeco 1x500 mg, O2 nasal kanule 3-5 lpm,dan kelemahan

otot bagian kanan, dan pada klien 2 yaitu infus asering 14 tpm, injeksi citicolin 2x 250 mg, kalmeco 1x500mg, omeprazole 1x40 mg, injeksi antrain 3 x 1 gr, O2 nasal kanule 3-5 lpm, dan kelemahan otot bagian kiri. Hal ini menunjukkan ketidaksamaan dalam pemberian terapi, dan kelemahan otot pada kedua klien penderita hipertensi + stroke.

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada kedua klien hampir sama yaitu : Monitor status cairan masukan dan keluaran yang sesuai, monitor lab Hb dan Hmt, Monitor perdarahan, Monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital, Monitor ukuran bentuk kesimetrisan dan reaksi pupil, Monitor tingkat kesadaran, Monitor tingkat orientasi, Monitor GCS, Monitor tanda vital, Monitor respon pasien terhadap pengobatan.

Menurut Keliat (1999), Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien, dengan prinsip ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan sesuai kondisi saat ini, selain itu diharapkan klien bisa berbicara dengan normal.

#### 4.2.5 Evaluasi keperawatan

Klien 1, hari pertama keadaan umum cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun, tidak

bisa berbicara, sesak nafas, Kesadaran : Composmentis, GCS : 3-x-6, TD : 170/100 mmHg, N : 84 x/mnt, S : 36,3°C, RR : 24 x/mnt.

Klien 2, hari pertama keadaan umum cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun, tidak bisa bicara, merasa pusing, sesak nafas, Kesadaran : Composmentis, GCS : 4-x-6, TD : 160/90 mmHg, N : 86 x/mnt, S : 36,2°C, RR : 26 x/mnt.

Klien 1, hari ke 2 keadaan umum cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun, tidak bisa berbicara, sesak nafas, Kesadaran : Composmentis, GCS : 3-x-6, TD : 160/100 mmHg, N : 82 x/mnt, S : 36°C, RR : 24 x/mnt.

Klien 2, hari ke 2 keadaan umum cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun, tidak bisa bicara, merasa pusing, sesak nafas, Kesadaran : Composmentis, GCS : 4-x-6, TD : 170/100 mmHg, N : 82 x/mnt, S : 36°C, RR : 24 x/mnt.

Klien 1, hari ke 3 keadaan umum cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun, tidak bisa berbicara, sesak nafas, Kesadaran : Composmentis, GCS : 3-x-6, TD : 160/90 mmHg, N : 84 x/mnt, S : 36,2°C, RR : 24 x/mnt.

Klien 2, hari ke 3 keadaan umum cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun, tidak bisa bicara, merasa pusing, sesak nafas, Kesadaran : Composmentis,

GCS : 4-x-6, TD : 150/90 mmHg, N : 84 x/mnt, S : 36,2°C, RR : 26 x/mnt.

Menurut peneliti pada catatan perkembangan klien 1 dan klien 2 belum ada kemajuan sama sekali dalam berbicara.

Menurut (Lismidar, 1990 dalam paddilah, 2012), menyatakan kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan patofisiologi dan strategi evaluasi. Menilai bahwa untuk mengetahui perkembangan penyakit hipertensi + stroke diperlukan ke telatenan merawat, kesabaran dan dukungan, yang menggambarkan perkembangan atau penurunan efektifitas dari intervensi yang dilakukan. Apabila terdapat keadaan seseorang yang sakit kemudian mendapatkan perawatan dan selanjutnya dikatakan sembuh, karena seseorang tersebut memiliki faktor pendukung yang meliputi keinginan, harapan, kepatuhan dan dukungan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 KESIMPULAN**

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami stroke non hemoragik pada Ny. M dan Ny. K dengan masalah Gangguan perfusi jaringan serebraldi Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus sebagai berikut :

##### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian pada klien yang mengalami hipertensi + stroke pada Ny. M dan Ny. K, data subjektif pada tinjauan kasus, dilihat dari pengkajian 2 klien didapatkan keduanya sama-sama tidak bisa berbicara dan sesak nafas, dikarenakan klien 1 dan 2 adanya gangguan pada saraf yang terdapat pada mulut akibat dari penyumbatan pada otak.
2. Pada klien 1 dan klien 2 diagnosa masalah gangguan perfusi jaringan serebral menunjukkan ketidaknormalan akibat gangguan pada saraf yang terdapat pada saraf nervus fasialis VII akibat dari penyumbatan otak yang ditanda seperti saat di rumah sakit klien tidak bisa berbicara.
3. Pada intervensi keperawatan, klien yang mengalami hipertensi + stroke pada Ny. M dan Ny. K dengan masalah Gangguan perfusi

4. jaringan serebral, meliputi : Pengkajian, observasi, evaluasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral.
5. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi + stroke pada Ny. M dan Ny. K dengan gangguan perfusi jaringan serebral dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai perencanaan.
6. Evaluasi keperawatan pada klien hipertensi + stroke dengan gangguan perfusi jaringan serebral pada klien 1 dan klien 2 tidak ada kemajuan sama sekali dikarenakan kedua pasien masih belum bisa berbicara.

## **6.2 SARAN**

### 1) Bagi klien dan keluarga

Sebaiknya klien menjaga pola kesehatan yang baik, diet yang benar serta mengikuti advise dokter. Dan mengikutsertakan keluarga dalam memberikan dukungan dan keaktifan akan sangat menunjang dalam mengatasi permasalahan klien.

### 2) Bagi institusi pendidikan

Institusi diharapkan bisa lebih meningkatkan pengayaan, penerapan dan pengajaran asuhan keperawatan bagi mahasiswanya, penambahan sarana dan prasarana yang dapat menunjang ketrampilan mahasiswanya dalam segi pengetahuan, afektif dan psikomotor serta skill station.

### 3) Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara maksimal.

## DAFTAR PUSTAKA

- DIII Keperawatan, Tim Dosen. 2017, Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Progam Studi D-III Keperawatan. Jombang: STIKes ICMe.
- Herdman & Kamitsuru. 2015, NANDA Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2012, Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia (KDM). Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi. Surabaya: Healt Books Publishing.
- Kusmatuti, N 2014, 'Asuhan Keperawatan Pada Tn.G dengan Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat RSUD Solo', Naskah Publikasi, Universitas Muhammadiyah, Surakarta
- NurWakhidahAnisa. 2015. AsuhanKeperawatanPada Tn. W DenganGangguanSistemPersarafan: *Stroke Non Hemoragic* di RuangGladiolatasRumahSakitUmum Daerah Sukoharjo. Dilihat 15Januari 2018.<http://eprints.ums.ac.id/33741/19/naskah%20publikasi%20ilmiah.pdf>
- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, Hardhi. 2015, Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. Edisi Revisi Jilid 2. Yogyakarta: Mediacion.
- Nurarif, Kusuma. 2016, Asuhan Keperawatan Praktis : Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc dalam Berbagai Kasus. Jilid 1. Jogjakarta: Mediacion
- Nursalam, 2013.*MetodologiPenelitianIlmuKeperawatan*. Ed.3. Jakarta Selatan: SalembaMedika.
- Oktaria Batubara Sakti&Florentianus Tat. 2015. HubunganAntaraPenangananAwal DanKerusakanNeurologisPasien Stroke Di RSUD Kupang. Vol.10, No.3. dilihat 16januari 2018.
- Pudiastuti, R. D. (2013). Penyakit-Penyakit Mematikan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riskesdas. 2016, Prevalensi Hipertensi di Indonesia, diakses 6 Januari 2018, jam 21.55.
- Sari, Wijayaningsi. 2013, Standar Asuhan Keperawatan. Jakarta Timur: KDT
- Smeltzer S. 2016, Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth. Edisi 12. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Triyanto, E. (2014). Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu. Yogyakarta: Graha Ilmu.



## LAMPIRAN 2

### PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama

Mahasiswa : Elsa Sty Eka Pradana

NIM : 151210010

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA  
Dengan Masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral  
Di RSUD Bangil Pasuruan.

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam penyusunan studi kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan

Bangil, Februari 2018

Peneliti

(Elsa Sty Eka Pradana)

### **LAMPIRAN 3**

#### **PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Bangil, Februari 2018

Responden

( )

### **LAMPIRAN 3**

#### **PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Bangil, Februari 2018

Responden

( )

LAMPIRAN 4



**PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**  
**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**  
**STIKES ICME JOMBANG**

2018

---

---

**PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Pengkajian tgl. : Jam :  
MRS tanggal : No. RM :  
Diagnosa Masuk :

**A. IDENTITAS PASIEN**

Nama :	Penanggung jawab biaya :
Usia :	Nama :
Jenis kelamin:	Alamat :
Suku :	Hub. Keluarga :
Agama :	Telepon :
Pendidikan :	
Alamat :	

**B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

**C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular  ya, jenis : .....  tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi  ya, jenis : .....  tidak
3. Riwayat Operasi  ya, jenis : .....  tidak

**D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

Ya : .....  Tidak

Jelaskan :

**E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI**

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
<p>Makanan</p> <p>Frekuensi .....x/hr</p> <p>Jenis.....</p> <p>Diit .....</p> <p>Pantangan .....</p> <p>Alergi .....</p> <p>makanan yang disukai</p> <p>Minum</p> <p>Frekuensi..... x/hari</p> <p>Jenis.....</p> <p>Alergi .....</p>		
<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <p>Frekuensi .....x/hari</p> <p>warna .....</p> <p>konsistensi</p> <p>BAK</p> <p>Frekuensi .....X/Hari</p> <p>Warna .....</p> <p>Alat bantu</p>		
<p>Kebersihan Diri</p> <p>Mandi.....X/hari</p> <p>Keramas .....x/hari</p> <p>Sikat Gigi .....X/Hari</p> <p>Memotong Kuku.....</p> <p>Ganti Pakaian .....</p> <p>Toileting</p>		
<p>Istirahat/Tidur</p> <p>Tidur siang.....jam</p>		

Tidur Malam .....jam		
Kebiasaan Merokok/Jamu		

## F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

### 1. Tanda-tanda vital

S : °C                      N : x/mnt

RR : x/mnt              TD : mmHg

### 2. PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TOE

#### KEPALA

Inspeksi :

Bentuk wajah : simetris/ tidak,

Bentuk kepala : simetris/ tidak,

Ketombe : ada/ tidak,

Kotoran pada kulit kepala: ada/ tidak,

Pertumbuhan rambut: merata/ tidak

Lesi : ada/ tidak,

Palpasi :

Nyeri tekan : ada/ tidak

Keadaan rambut : mudah dicabut/ tidak

Benjolan : ada/ tidak

#### MATA

Inspeksi :

Pergerakan bola mata : simetris/tidak,

Kelopak mata : simetris/ tidak

Reflek pupil : normal/ tidak,

Kornea : bening/ tidak,

Konjungtiva : anemis/ tidak,

Sclera : ikterik/ tidak,

Palpasi

Tumor : ada/ tidak,

nyeri tekan: ya/ tidak

## **HIDUNG**

Inspeksi :

Bentuk : simetris/ tidak,

fungsi penciuman : baik/ tidak,

Peradangan : ada/ tidak,

polip : ada/ tidak

Mukosa : kering/ lembab,

lubang hidung : simetris/tidak

Septum : ada/ tidak,

Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak

Tumor : ada/ tidak.

## **TELINGA**

Inspeksi dan palpasi :

Bentuk daun telinga : simetris/ tidak,

Letak : simetris/ tidak,

Peradangan : ada/ tidak,

Fungsi pendengaran : normal/ tidak,

Serumen : ada/ tidak,

Cairan : ada/ tidak

## **MULUT DAN FARING**

Inspeksi :

Bibir : cyanosis/ merah,

Mukosa : lembab/ kering,

Bibir pecah : ya/ tidak,

Gigi : bersih/ tidak,

Gusi : berdarah/ tidak,

Tonsil : radang/ tidak,

Lidah : kotor/ tidak,

Fungsi pengecap : baik/ tidak,

Stomatitis : ya/ tidak.

Karies : ada/ tidak

Abses : ada/ tidak.

Pembesaran tonsil : ya/ tidak,

## **LEHER**

Inspeksi :

Bentuk : simetris/ tidak

Palpasi :

Benjolan/massa : ada/ tidak,

Pembesaran vena jugularis : ya/ tidak,

Nyeri tekan : ya/ tidak,

## **THORAK**

Inspeksi :

Bentuk : normal, funnel, barrel, pigeon,

Pergerakan nafas : simetris/ tidak,

Retraksi interkosta & supra sternal : ya/ tidak

Bentuk tulang belakang :

Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak,

Traktil vremitus : ya/ tidak,

Inspeksi : paru

Kesimetrisan insirasi & ekspirasi : ya/ tidak,

Irama pernapasan : vesikuler/ tidak,

Palpasi : paru

Adakah suara abnormal : hipertimpani, hipersonor, pekak

Auskultasi : paru

Suara nafas : vesikuler, ronki, whzing, rales.

Inspeksi : jantung



Edema : ya/ tidak

Nyeri tekan : ya/ tidak

Krepitasi : ya/ tidak

Persendian

Nyeri tekan : ya/ tidak

lainnya :

### **GENETALIA**

Inspeksi :

Rambut pubis :

Lesi : ada/ tidak

Cairan pus: ada/tidak

Skrotum :

Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak

### **G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya

cobaan Tuhan hukuman lainnya

2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

murung gelisah tegang marah/menangis

3. Reaksi saat interaksi kooperatif tak kooperatif curiga

4. Gangguan konsep diri ya tidak

Lain-lain :

### **H. PENGKAJIAN SPIRITUAL**

Kebiasaanberibadah sering kadang-kadang tidak pernah

Lain-lain :

### **I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)**

### **J. TERAPI**

....., .....

Mahasiswa,

(.....)

## ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM:.....

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p><b>Data subyektif :</b></p> <p><b>Data Obyektif :</b></p>		

**Diagnosa Keperawatan yang muncul :**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Intervensi Keperawatan**

<b>Hari Tanggal</b>	<b>No. Diagnosa</b>	<b>Tujuan &amp; Kriteria hasil</b>	<b>Waktu</b>	<b>Rencana Tindakan Dan Rasional</b>

## Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM : .....

Hari Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi Keperawatan	Paraf

## Evaluasi Keperawatan

Nama :.....

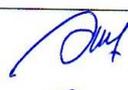
No.RM : .....

Hari Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			S :  O :  A :  P :	

### LEMBAR KONSULTASI

Nama : Elsa Stya Eka Pradana  
NIM : 151210010  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Hipertensi + CVA dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krisis RSUD bangil

Dosen Pembimbing I

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	TTD Pembimbing
1.	6-12-17	Identifikasi masalah	
2.	6-12-17	Masalah - Judul	
3.	18-12-17	Judul Ace	
4.	20-12-17	BAB I → Revisi	
5.	1-1-18	BAB I → Revisi	
6.	2-1-18	BAB I → Ace Lampir BAB II	
7.	5-1-18	BAB II → Ace Lampir BAB III	

### LEMBAR KONSULTASI

Nama : Elsa Stya Eka Pradana  
NIM : 151210010  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Hipertensi + CVA dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krisis RSUD bangil

Dosen Pembimbing I

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	TTD Pembimbing
8.	15-1-18	BAB III → Revisi	
9.	16-1-18	BAB III → AEE uji proposal	
10.	28-1-18	BAB IV, Revisi	
11.	30-1-18	BAB IV Revisi	
12.	5-2-18	BAB IV AEE Lampir BAB V	
13.	10-3-18	BAB V Revisi	
14.	20-4-18	BAB V AEE uji Hasil	

### LEMBAR KONSULTASI

Nama : Elsa Stya Eka Pradana  
 NIM : 151210010  
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Hipertensi + CVA dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krisis RSUD bangil

Dosen Pembimbing II

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	TTD Pembimbing
1.	12-12-17	penulis & revisi	Ju
2.	15-12-17	BAB I → kegi penulisan	Ju
3.	25-12-17	BAB I all Lengkap BAB II	Ju
4.	1-1-18	BAB II REVISI BAB II → all	Ju
5.	5-1-18	BAB III REVISI	Ju
6.	6-2-18	BAB III → all m dan lgian	Ju
7.	10-2-18	BAB IV, REVISI penulisan sesuai penulsa	Ju

### LEMBAR KONSULTASI

Nama : Elsa Stya Eka Pradana  
NIM : 151210010  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Hipertensi + CVA dengan masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral di ruang krisan RSUD bangil  
Dosen Pembimbing II

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	TTD Pembimbing
8.	15-2-18	BAB IV → REVISI penulisan di Kaji	Ju
9.	30-2-18	BAB IV → Aee Lampiran BAB V,	Ju
10.	3-3-18	BAB V → REVISI Lampiran	Ju
11.	5-3-18	BAB V → REVISI	Ju
12.	18-3-18	BAB V → Aee	Ju
13.	4-4-18	Lampiran semua di lampirkan	Ju
14.	8-4-18	manusia Hasil	Ju