

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di RS Siti Khadijah Sepanjang di *ruang Intensif Care Unit (ICU)* yang memiliki 7 bad pasien dan dilengkapi dengan monitor setiap bad, posisi klien yang di teliti adalah di bad 4 dan 6.

4.1.2 Pengkajian Klien 1

1) Identitas Klien 1

Nama : Tn M

Umur : 62 thn

Jenis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Suku : Jawa

Diagnosa Medis : *CVA Bleeding*

Ruang : ICU RS Siti Khodijah

Pekerjaan : Tidak ada

Penanggungjawab : Anak

No. Rekam Medis : 5109xx

Tanggal Pengkajian : 25/5/2016 jam 13. 00 WIB

Tanggal MRS : 25/5/2016 jam 09. 50 WIB

2) Riwayat Kesehatan klien 1

Keluhan utama : penurunan kesadaran

Penyakit Sekarang :

Klien datang ke IGD jam 09.25 WIB. Dengan keadaan lemah bagian tubuh sebelah kiri sejak jam 05.00 bicara pelo dari jam 02.00, dilakukan pemeriksaan TTV didapatkan tensi 170/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, GCS 4-2-3.

Klien masuk ICU jam 13.00 WIB. Dengan menggunakan brankart dalam keadaan penurunan kesadaran.

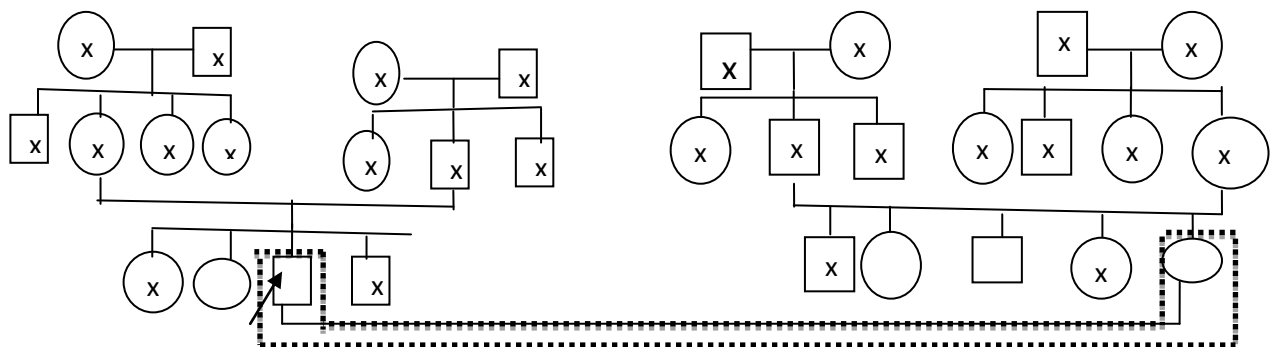
Penyakit Dahulu :

Keluarga klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit Hipertensi dan Diabetes Melitus, selama ini klien sering control di RS dan minum obat sesuai resep dokter

Penyakit Keluarga :

Keluarga mengatakan di keluarga juga ada yang menderita penyakit hipertensi dan diabetes mellitus dan ada yang meninggal karena penyakit tersebut

Genogram Klien 1: (Gambar 1)



Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

○_x : Perempuan meninggal

□_x : Laki-laki meninggal

⋮ : Tinggal serumah

↗ : Klien

3) Pemeriksaan fisik klien 1

B1 (Sistem Pernapasan) :

Pemeriksaan fisik inspeksi klien terpasang kanul nasal oksigen 2 lpm, pernafasan spontan tidak ada retraksi otot pernafasan, frekuensi pernafasan 20x/menit, bentuk dada simetris, SPO2: 98%. Pada hidung sebelah kiri terpasang NGT, tidak ada pernafasan cuping hidung, auskultasi suara napas bersih dan palpasi tidak ada jejas pada daerah dada, jari kuku normal, perkusi suara paru sonor

B2 (Sistem Kardiovaskuler) :

Pemeriksaan fisik auskultasi S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan, pemeriksaan palpasi suhu 36,2 °C, HR : 90x/menit, perfusi hangat kering merah, CRT kurang 2 detik, EKG: Normal sinus rhythm, inspeksi tidak ada benjolan, tidak ada lesi,

B3 (Sistem Persyarafan) :

Pemeriksaan inspeksi klien terlihat gelisah, tidak kejang, GCS 4-2-3 mata normal ukuran pupil kanan 2 kiri 2, sklera normal. Hemi paresis sinistra, mual (-) dan muntah, (-). reflek cahaya: +/+, perkusi reflex patologis: babinski +/- . Palpasi tidak ada luka, klien nyeri saat dicubit

B4 (Sistem Perkemihan) :

Pemeriksaan fisik inspeksi klien terpasang dower kateter ukuran 16 (dari tanggal 25-06-2016), produksi urine 1900 ml/24 jam, warna kuning jernih, infus RL 14 tpm 1000 CC/24 jam, klien jenis kelamin laki-laki. Palpasi tidak ada nyeri tekan

B5 (Sistem Gastrointestinal):

Pemeriksaan inspeksi bibir kering, gigi terdapat karies, Terpasang NGT Sonde ukuran 16 diet susu 3 x200 ml di tambah air 50 cc, tidak ada jejas atau lesi di abdomen, Perkusi pekat, mual (-) muntah, (-). Palpasi, tidak asites, tidak terdapat benjolan atau odema, tidak nyeri tekan. Auskultasi peristaltik usus (+) bising usus: 12 x/mnt, buang air besar normal, tidak ada hernia, anus tidak ada hemoroid.

B6 (Sistem Muskuloskeletal) :

Pemeriksaan inspeksi ektermitas parese. lokasi bagian kiri, tidak ada bekas operasi, tidak ada luka bakar, mobilisasi tidak terkontrol, terpasang infuse ditangan kanan, kulit utuh, tidak ada luka ganggren, tidak ada decubitus, aktifitas dibantu, sebagiankekuatan otot:

(Gambar 2)

$$\begin{array}{c|c} 1 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$$

4) Pemeriksaan Penunjang Klien 1

a. Pemeriksaan Laboratorium (25-05-2016):

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
HbA1c	11,2	4,5-6,3
Sodium	143 H	135-146 mmol/L
Potassium	3,4	3,5-5,0 mmol/L
Chloride	117 H	95-106 mmol/L
Urea	49,5 H	10,0-50 mg/dl

Blood Urea Nitrogen	32 H	4,6-23,3 mg/dl=
Creatinin	1,2	0,40-1,10 mg/dl

b. Pemeriksaan BGA Tanggal (25-05-2016).

PH : 7,25 (7,35-7,45 mmHg)	hCO ³ : 34,9 (21-25 mmol/l)
PCO ² : 22 (35-45 mmHg)	TCO : 21 (mmol/l)
PO ² : 170 (80-100 mmHg)	BEecf : -9,3 (-3,5-2,0)

Simpulan : Asidosis respiratorik kombinasi metabolic

c. Pemeriksaan Laboratorium (25-05-2016)

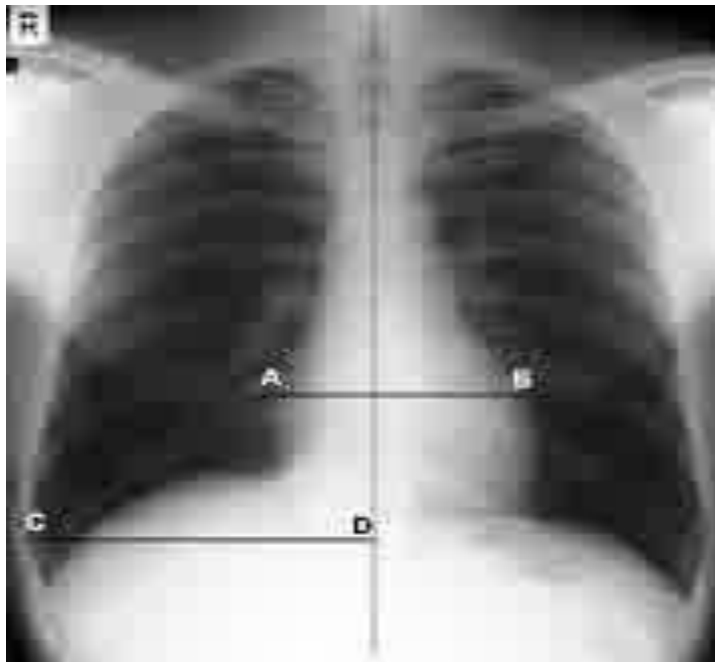
Pemeriksaan	Hasil	Normal
BUN	15 L	10-20 mg/dl
Albumin	2,46	3,4-5,0 g/dL
Glukosa 2 jam PP	222<	140 mg/dL
Kreatinin	1,2	0,40-1,10 mg/dl
SGOT	36	0-37 u/L
SGPT	32	0-42 u/L
Kalsium	7,8	

Darah Lengkap

WBC	14,35 H3	(4.30-10.80)10 ³ /dL
HCT	48,1	36.0-48.0 %
Ly	15,7 L	24.0-44.0 %
MCV	86,0	84.0-96.0 fL

Mo	4,8	3.0-7.0 %
MCH	30,3	28.0-34.0 pg
GR	78,0	
MCHC	34,2 L	32.0-36.0 g/dL
RBC	4,63	(4.00-5.00) $10^6/\mu\text{L}$
RDW	12,5	11.5-14.5 %
HGB	14,7	13.0-17.0 g/dL

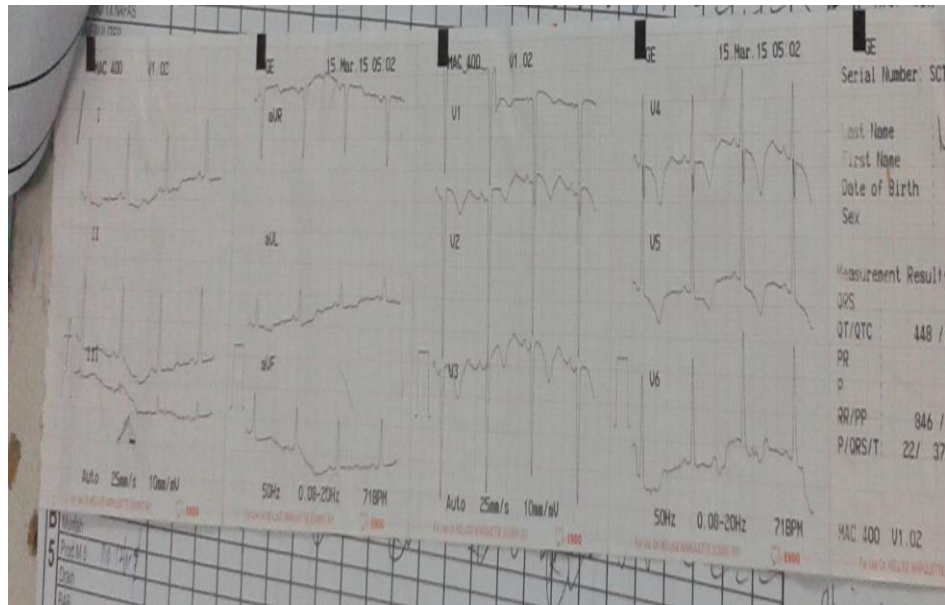
d. Pemeriksaan Foto Thoraks Tanggal (25-05-2016).



Terjadi pembengkakan ringan pada ventrikel kiri 0,5 cm

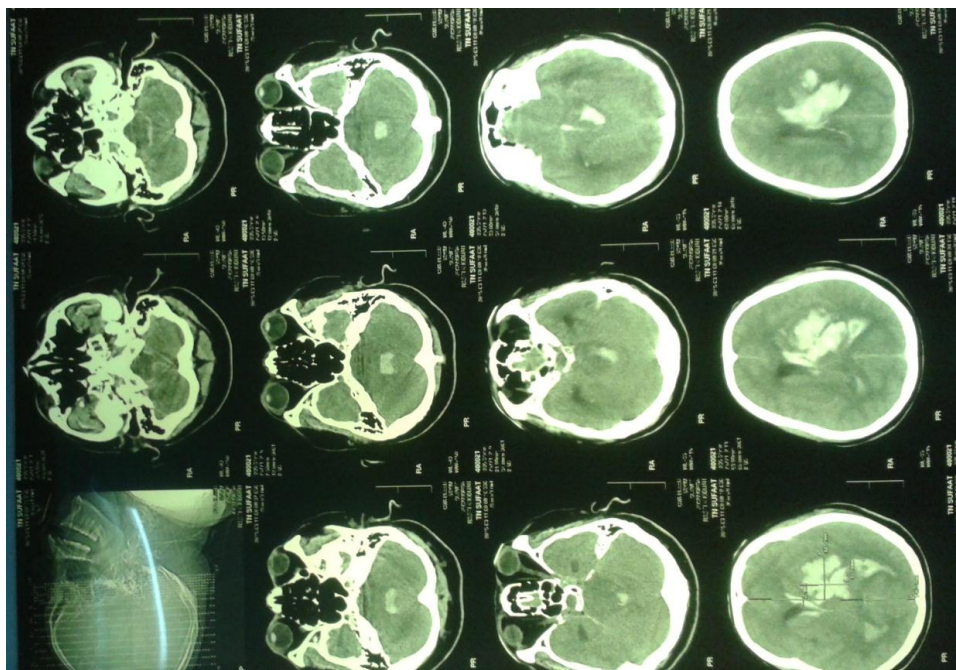
(Gambar 3)

e. Pemeriksaan Elektro Kardio Grafik (EKG)



(Gambar 4)

f. Pemeriksaan Radiologi CT-Scan 25-05-2016



(Gambar 5)

CT Scan kepala irisan axial sejajar OM line tanpa kontras, tampak lesi hyperdens abnormal pada capsula eksterna kanan sekitar 22cc dengan edema perifokal tampak lesi Hypodensbatas jelas pada corona radiata kiri. Suly dan gyri tampak normal, sistem ventrikel dan cisterna normal, fosa posterior normal.

KESIMPULAN :

Evaluasi ICH capsula eksterna dekstra, infark chronic pada corona radiata kiri.

Terapi klien 1 (tgl 25-05-2016)

Bran act	2 x 250 mg	Metocopramid	3 x 1amp
Novorapid	3x4 Unit	Amlodipin	3x10 mg
Mannitol	3 x 100 cc	RL	1000cc/24 jam
Furosemid	2 x 250 mg		

5) Analisa Data Klien 1

DS : Kesadaran klien menurun

DO : penurunan kesadaran, gelisah GCS 4-2-3, hasil ST Scan terdapat perdarahan diotak. Tekanan darah 230/100 mmhg, nadi 90x/menit, suhu 37,5°C, perfusi hangat kering merah, CTR kurang 2 detik, suara jantung vesikuler, terdapat gambar EKG

Penyebab :Terputusnya aliran darah cerebral

Masalah : Kerusakan perfusi jaringan otak

7) **Diagnosa Keperawatan** : Kerusakan perfusi jaringan otak berhubungan dengan terputusnya aliran darah cerebral

8) **Perencanaan**

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan klien menunjukkan tepelihara dan meningkatnya tingkat kesadaran, kondisi dan fungsi sensorik motoric, tidak ada peningkatan tekanan intrakranial dan tidak adanya kemunduran status mental

Intervensi:

1. Observasi tanda-tanda vital
2. Monitor kesadaran
3. Monitor dan catat status neurologis secara teratur
4. Berikan posisi head up
5. Kolaborasi pemberian obat vitamin otak
6. Kolaborasi dengan ahli Gizi untuk diet

9) **Pelaksanaan**

Tanggal 25 Mei 2016

15.00 Mengobservasi TTV: Tekanan darah 220/100 mmhg, Nadi 80x/menit, Rr 20x/menit, Suhu 37°C

15.20 Mengobservasi tingkat kesadaran dengan hasil GCS yang didapatkan 4-2-3

15.30 Memberi posisi head up 30 derajat

16.00 Mengobservasi TTV: Tekanan darah 210/100 mmhg, Nadi 82x/menit, Rr 20x/menit, Suhu 37°C dan memberikan susu entrasol ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc

16.30 Memberikan obat peroral Nimotop 2 tab 6 gram Ijeksi Kalnek 500mg

- 17.00 Mengobservasi TTV: Tekanan darah 210/100 mmhg, Nadi 82x/menit, Rr 20x/menit, Suhu 37°C dan membantu memandikan klien dengan menyeka
- 18.00 Mengobservasi TTV dengan hasil tekanan darah 190/100 mmhg, Nadi 86x/menit, suhu 37°C Rr 23x/menit
- 18.30 Menilai tingkat kesadaran GCS 3-2-3
- 20.00 Mengobservasi TTV: Tekanan darah 190/100 mmhg, Nadi 83x/menit, Rr 20x/menit, Suhu 37°C dan mengatur tempat tidur klien
- 21.00 Mengobservasi pemasangan Oksigen 2 lpm dan mengobservasi tekanan darah 190/100 mmhg, Nadi 84x/menit, Rr 21x/menit,
- 22.00 Memberikan susu entrasol ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc
- 24.00 Mengobservasi keadaan umum dengan hasil lemah, SpO2 98% dan mengobservasi tekanan darah 180/90 mmhg, Nadi 84x/menit, Rr 21x/menit, serta menghitung intake dan output per 24 jam dengan hasil intake 700cc dan output 200cc
- Injeksi Obat Bran act 250 g/iv
- Injeksi Obat Furosemid 1 Amp/iv

Tanggal 26 Mei 2016

- 06.00 Mengobservasi TTV dengan hasil Tekanan darah 210/96 mmhg, Nadi 80x/menit, Rr 20x/menit, t Suhu 37°C
- 07.00 Mengobservasi tingkat kesadaran dengan hasil GCS yang didapatkan 3-2-3
- 08.00 Memberi posisi head up 30 derajat dan membantu memandikan klien dengan menyeka serta mengobservasi tekanan darah 200/96 mmhg, Nadi 82x/menit, Rr 20x/menit, t Suhu 37°C
- 08.30 Memberikan susu entrasol ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc
- 09.00 Memberikan obat peroral Nimotop 2 tab 6 gram Ijeksi Kalnek 500mg kemudian mengobservasi tekanan darah 210/90 mmhg, Nadi 86x/menit, Rr 21x/menit, t Suhu 37°C
- 10.00 Mengobservasi TTV dengan hasil Tekanan darah 210/90 mmhg, Nadi 88x/menit, suhu 37 °C Rr 23x/menit
- 10.30 Menilai tingkat kesadaran GCS 3-2-3
- 11.00 Mengatur posisi pasien head up 30°
- 12.00 Membantu megobservasi Oksigen 2 lpm
- 13.00 Latihan menggerakkan jari tangan dan kaki dengan cara fleksi dan ekstensi
- 14.00 Mengobservasi keadaan umum dengan hasil lemah, SpO2 98% dan mengobservasi tekanan darah 210/96 mmhg, Nadi 80x/menit, Rr 20x/menit serta
- 15.00 Memberikan susu entrasol ±200cc melalui sonde dengan retensi 50cc dan mengobservasi tekanan darah 210/90 mmhg
- 15.30 Melakukan injeksi Novorapit 4 unit SC

- 16.00 Melakukan Injeksi Obat Bran act 250 g Injeksi Obat Furosemid 1 Amp
- 17.00 Membantu menyeka dan mengobservasi tekanan darah 200/90 mmhg
- 18.00 Mengganti cairan infuse Nacl dengan manitol 100 cc serta mengobservasi tekanan darah 200/90 mmhg, nadi 80x/menit, Rr 20x/menit
- 19.00 menilai tingkat kesadaran klien dengan hasil GCS 3-2-3
- 20.00 menilai jumlah intake dan output dengan hasil intake 1500cc sedangkan output 1000cc kemudian membantu merapikan tempat tidur klien

Tanggal 27 Mei 2016

- 06.00 Mengobservasi TTV dengan hasil Tekanan darah 190/90 mmhg, Nadi 88x/menit, Rr 20x/menit, Suhu 37°C
- 06.30 Mengobservasi tingkat kesadaran dengan hasil GCS yang didapatkan 3-4-3
- 07.00 Membantu memandikan klien dengan menyeka dan mengobservasi tekanan darah 190/85mmhg, Nadi 88x/menit, Rr 20x/menit, Suhu 37°C
- 07.30 Memberi posisi head up 30 derajat
- 08.00 Memberikan susu entrasol ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc serta mengobservasi tekana darah 190/90 mmhg
- 09.00 Memberikan obat peroral Nimotop 2 tab 6 gram Ijeksi Kalnek 500mg dan amlodipin 10 mg
- 10.00 Mengobservasi TTV dengan hasil Tekanan darah 210/100 mmhg, Nadi 88x/menit suhu, 37 °C Rr 23x/menit
- 11.00 Menilai tingkat kesadaran GCS 3-4-3
- 12.00 Mengobservasi posisi pasien head up 30°

- 13.00 Mengobservasi keadaan umum dengan hasil lemah SpO₂ 98% dan tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah 190/90 mmhg, Nadi 86x/menit suhu, 37 °C Rr 22x/menit
- 14.00 Mengobservasi intake 500cc dan output 200cc dan injeksi novorapid 4 unit
- 15.00 Memberikan susu Enterasol ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc
- 16.00 Injeksi Obat Bran act 250 g Injeksi Obat Furosemid 2x1 Amp
- 17.00 Membantu menyeka klien
- 18.00 Mengobservasi TTV dengan hasil Tekanan darah 200/97 mmhg, Nadi 88x/menit, suhu 37 derajat celcius, Rr 23x/menit, dan menilai tingkat kesadaran didapatkan 3-4-3

10) Evaluasi

Tanggal 25 Mei 2016

S: Kesadaran klien menurun

O: Kesadaran klien menurun

Keadaan umum klien lemah Kesadaran apatis, GCS : 4-2-3, Tetap terpasang nasal kanula oksigen 2 lpm, Pupil 2/2 respon terhadap cahaya, SpO₂ 98% dan mengobservasi tekanan darah 180/90 mmhg, Nadi 84x/menit, Rr 21x/menit, Akral hangat, warna kulit tampak pucat, dan CRT kurang 2 detik, Produksi urin *foley cath* ± 1900cc/24 jam, Kejang (-), muntah (-)

A: Masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak belum teratasi

P: Intervensi 1, 2, 3, 4, 5, dan 6 dilanjutkan

Tanggal 26 Mei 2016

S: Kesadaran klien menurun

O: Kesadaran klien menurun

Keadaan umum klien lemah, Kesadaran somnolen, GCS : 3-2-3, Tetap terpasang nasal canula oksigen 2 lpm, Pupil 2/2 respon terhadap cahaya , SpiO₂ = 98%, Tekanan darah 200/90 mmhg, nadi 80x/menit, Rr 20x/menit, Akral hangat, warna kulit, tampak pucat, dan CRT kurang 2 detik, Produksi urin foley cath ± 1500cc/24 jam Kejang (-), muntah (-)

A: Masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak belum teratasi

P: Intervensi 1, 2, 3, 5, dan 6 dilanjutkan dilanjutkan

Tanggal 27 Mei 2016

S: kesadaran klien menurun

O: kesadaran klien meningkat

Keadaan umum klien lemah, Kesadaran apatis, GCS : 3-4-3, Tetap terpasang nasal canula oksigen 2 lpm, Pupil 2/2 respon terhadap cahaya , SpiO₂ = 98%, Tekanan darah 200/97 mmhg, Nadi 88x/menit, suhu 37 derajat celcius, Rr 23x/menit, Akral hangat, warna kulit tampak pucat, dan CRT kurang 2 detik, Produksi urin *foley cath* ± 1600cc/24 jam, Kejang (-), muntah (-)

A: Masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak teratasi sebagian

P: Intervensi 1, 2, 3, 4, 5, dan 6 dilanjutkan oleh perawat pelaksana ruang ICU

4.1.3 Pengkajian klien 2

1) Identitas Klien 2

Nama : Ny S
Umur : 65 thn
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku : Jawa
Diagnosa Medis : *CVA Bleeding*
Ruang : ICU RS Siti Khodijah
Pekerjaan : Tidak ada
Penanggungjawab : Anak
No. Rekam Medis : 5110xx
Tanggal Pengkajian : 25/5/2016 jam 19. 00 WIB
Tanggal MRS : 25/5/2016 jam 18. 00 WIB

2) Riwayat Kesehatan klien 2

Keluhan utama : penurunan kesadaran

Penyakit Sekarang :

Klien datang ke IGD jam 18.00 WIB dengan keadaan lemah bagian tubuh sebelah kiri sejak jam 17-00 bicara pelo dari jam 14-00, dilakukan pemeriksaan TTV didapatkan tensi 180/79 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,5°C, GCS 3-2-3.

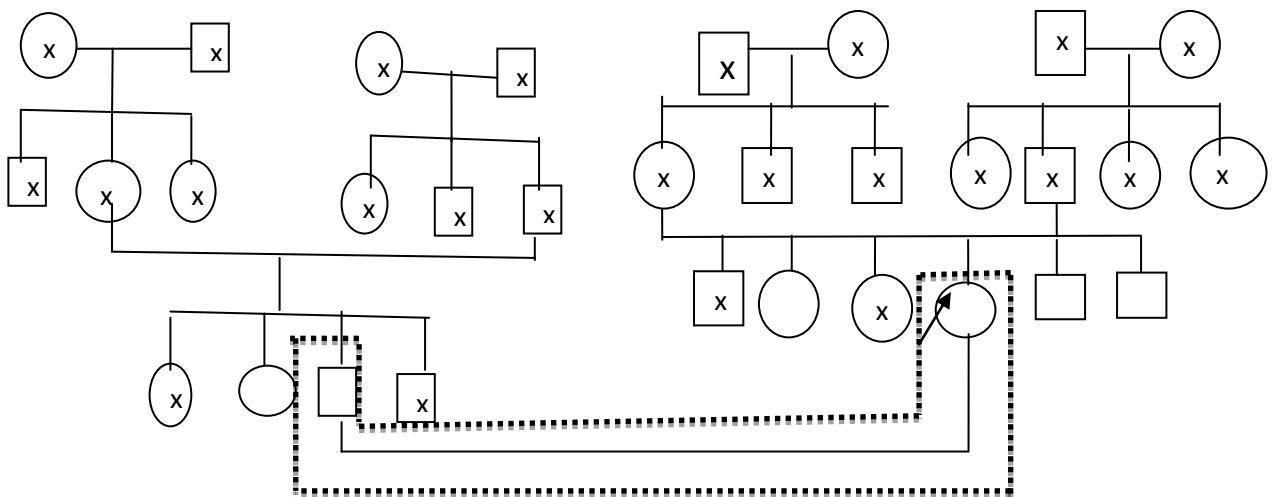
Klien masuk ICU jam 19-00 WIB dengan menggunakan brankart dalam keadaan penurunan kesadaran.

Penyakit Dahulu :

Keluarga klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit Hipertensi, selama ini klien sering control di RS dan minum obat anti hipertensi

Penyakit Keluarga :

Keluarga mengatakan di keluarga juga ada yang menderita penyakit hipertensi yaitu bapak dari klien

Genogram Klien 2 : (Gambar 6)**Keterangan:**

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

○_x : Perempuan meninggal□_x : Laki-laki meninggal

⋮ : Tinggal serumah

↗ : Klien

3) Pemeriksaan fisik klien 2

B1 (Sistem Pernapasan) :

Pemeriksaan Inspeksi klien bisa bernapas spontan, dada simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, SPO2 98% klien terpasang masker oksigen 10 lpm, pernafasan ireguler tidak ada retraksi otot pernafasan, peningkatan frekuensi pernafasan, bentuk dada simetris, tidak ada jejas pada daerah dada, Pada hidung sebelah kiri terpasang NGT, Palpasi, RR: 24 x/menit, HR : 112x/menit jari kuku normal, Auskultasi wheezing -/-, Ronchi-/-. suara napas bersih.

B2 (Sistem Kardiovaskuler) :

Pemeriksaan palpasi TD 180/79 mmhg, nadi 112x/menit, suhu 37,5°C, perfusi hangat kering merah, CRT kurang 2 detik, auskultasi suara jantung vesikuler, terdapat gambar EKG.

B3 (Sistem Persyarafan) :

Inspeksi klien terlihat gelisah, tidak kejang, GCS 3-2-3 mata normal ukuran pupil kanan 2 kiri 2 pupil isokor, reflek cahaya: +/+, sklera normal. Mual (-) dan muntah (-), hemiparese sinistra, pemeriksaan perkusi reflex patologis: babinski +/- . Palpasi klien nyeri saat dicubit

B4 (Sistem Perkemihan) :

Pemeriksaan inspeksi klien terpasang dower kateter ukuran 16 (dari tanggal 25-05-2016), produksi urine 1500 ml/24 jam, warna kuning jernih, infus RL 14 tpm 1000 CC/24 jam,. Palpasi tidak ada nyeri tekan

B5 (Sistem Gastrointestinal) :

Pemeriksaan fisik inspeksi klien terpasang NGT Sonde nomor 16 diet susu 4x200 ml di tambah air 50 cc, tidak ada jejas atau lesi di abdomen, flat abdomen, mual (-) muntah, (-). Palpasi, tidak asites, tidak terdapat benjolan atau odema, tidak nyeri tekan. Auskultasi peristaltik usus (+) bising usus: 12 x/mnt, buang air besar (+), Nafsu makan menurun, bibir kering, gigi terdapat karies, bising usus 12x/menit, tidak ada hernia, anus tidak ada hemoroid.

B6 (Sistem Muskuloskeletal) :

Ekstermitas parese. lokasi bagian kiri, tidak ada bekas operasi, tidak ada luka bakar, mobilisasi tidak terkontrol, terpasang infuse ditangan kanan, kulit utuh, tidak ada luka ganggren, tidak ada decubitus, aktifitas dibantu total.

(Gambar 7)

$$\begin{array}{c|c} 2 & 2 \\ \hline 2 & 2 \end{array}$$

4) Pemeriksaan penunjang klien 2

a. Pemeriksaan Laboratorium (25-05-2016)

Pemeriksaan	Hasil	Normal
BUN	17 L	10-20 mg/dl
Albumin	2,70	3,4-5,0 g/dL
Glukosa 2 jam PP	141	140 mg/dL
Kreatinin	1,11	0,40-1,10 mg/dl

SGOT	29	0-37 u/L
SGPT	34	0-42 u/L
Kalsium	7,2	

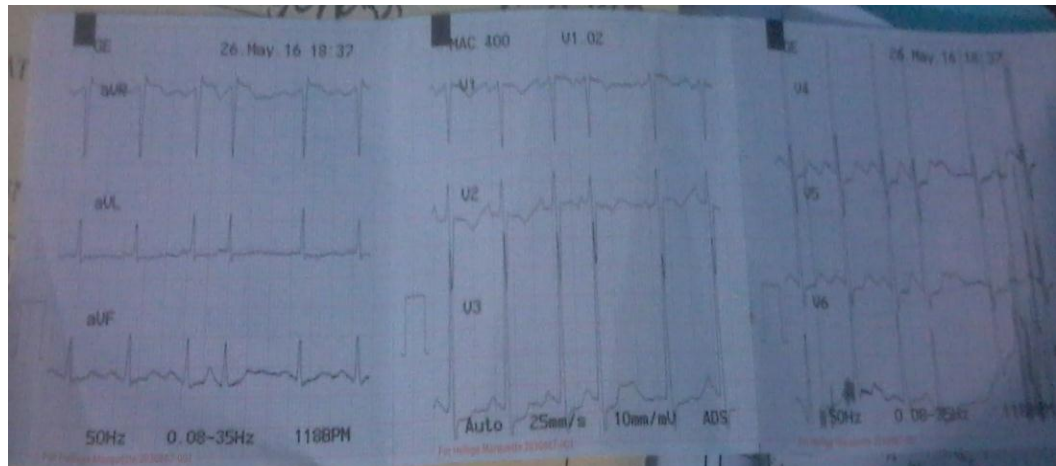
Darah Lengkap

WBC	13,50 H	(4.30-10.80)10 ³ /dL
HCT	30,1	36.0-48.0 %
Ly	15,7 L	24.0-44.0 %
MCV	86,0	84.0-96.0 fL
Mo	4,6	3.0-7.0 %
MCH	31,3	28.0-34.0 pg
GR	79,0	
MCHC	34,3 L	32.0-36.0 g/dL
RBC	4,83	(4.00-5.00) 10 ⁶ /μL
RDW	12,7	11.5-14.5 %
HGB	12,7	13.0-17.0 g/dL

b. Pemeriksaan Foto Thoraks Tanggal (25-05-2016).

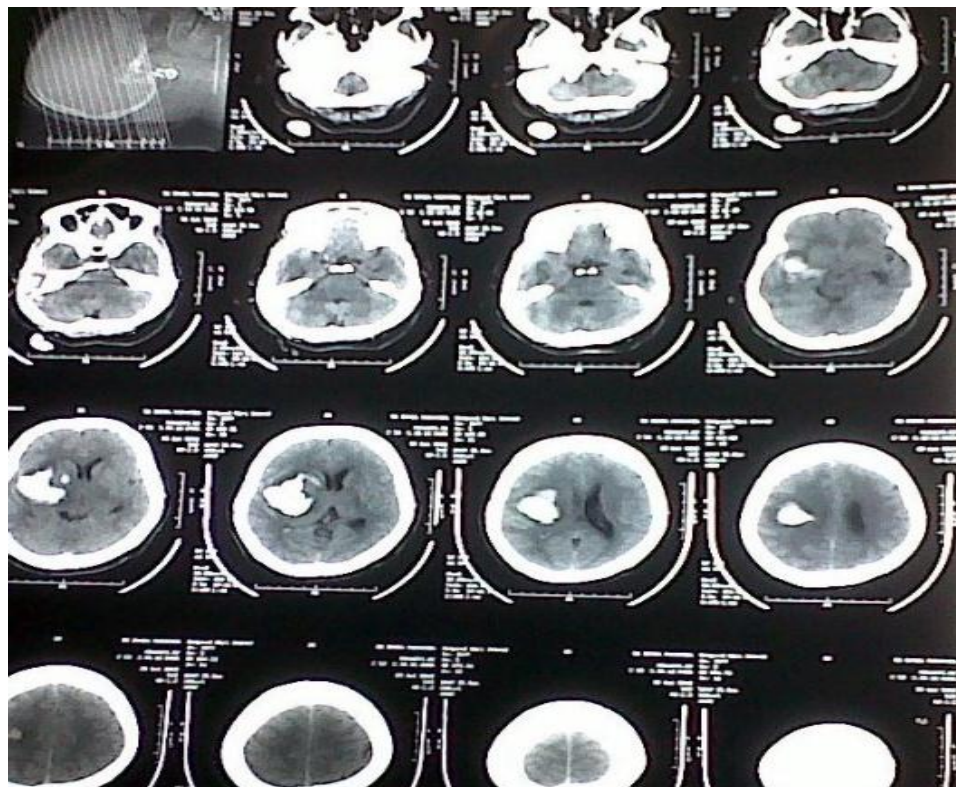
Terjadi pembengkakan ringan pada ventrikel kiri

c. Pemeriksaan Elektro Kardio Grafik (EKG)



(Gambar 8)

d. Pemeriksaan Radiologi

CT Scan 25-05-2016

(Gambar 9)

CT Scan kepala irisan axial sejajar OM line tanpa kontras, tampak lesi hyperdens abnormal pada capsula eksterna kanan dan ventrikel system kanan mendesak mid line. Deviasi sejauh 5 mm. ventrikel system tensi densitas darah . volume perdarahan sekitar 30 cc.

Suky dan gyri tampak normal, sistem ventrikel dan cisterna normal, fosa posterior normal.

KESIMPULAN :

ICH basal gangle kanan 30cc

Terapi klien 1 (tgl 25-05-2016)

Bran act	2 x 250 mg	Kalnex	3x500 mg
Metocopramid	3 x 1amp	Amlodipin	3x10 mg
Mannitol	3 x 100 cc	Furosemid	2 x 250 mg
RL	1000cc/24 jam		

5) Analisa data klien 2:

DS: Kesadaran klien menurun

DO: penurunan kesadaran. Gelisah GCS 3-2-3. Hasil CT-Scan terdapat perdarahan 45 cc diotak. Tensi 180/79 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 37,5°C, terdapat gambaran EKG

Masalah: Kerusakan perfusi jaringan otak

Etiologi : Terputusnya aliran darah cerebral

6) Diagnosa keperawatan: Kerusakan perfusi jaringan otak berhubungan dengan terputusnya aliran darah cerebral

7) Intervensi:

1. Observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam
2. Monitor kesadaran
3. Monitor dan catat status neurologis secara teratur
4. Berikan posisi head up
5. Kolaborasi pemberian obat vitamin otak
6. Kolaborasi dengan ahli Gizi untuk diet

8) Implementasi:**Tanggal 25 Mei 2016**

- 19.30 Mengobservasi TTV dengan Tekanan darah 165/80 mmhg, Nadi 82x/menit, Rr 20x/menit, Suhu 37 °C.
- 20.00 Mengobservasi tingkat kesadaran dengan hasil GCS yang didapatkan 3-2-3
- 20.30 Memasang nasal oksigen 3 lpm dan mengobservasi tekanan darah 160/80 mmhg, Nadi 80x/menit, Rr 22x/menit, Suhu 37 °C.
- 21.00 Memberi posisi head up 30 derajat
- 21.30 Ijeksi Kalnek 500mg
- 22.00 Mengobservasi TTV dengan hasil tekanan darah 170/80 mmhg, , Nadi 86x/menit, suhu 37 °C, Rr 23x/menit
- 22.30 Menilai tingkat kesadaran GCS 3-2-3

Tanggal 26 Mei 2016

- 06.00 Mengobservasi TTV dengan hasil Tekanan darah 210/96 mmhg, Nadi 80x/menit, Rr 23x/menit, Suhu 36°C
- 06.30 Mengobservasi tingkat kesadaran dengan hasil GCS yang didapatkan 3-2-3
- 07.00 membantu memandikan klien dengan cara menyeka
- 07.30 Megobservasii posisi head up 30 derajat
- 08.00 Memberikan susu entrasol ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc serta mengobservasi tekanan darah 200/95 mmhg,
- 08.30 Injeksi kalnek 500 mg
- 09.00 Mengobservasi TTV dengan hasil Tekanan darah 200/95 mmhg, Nadi 88x/menit, Rr 24x/menit, Suhu 37°C
- 10.00 Menilai tingkat kesadaran GCS 3-2-3
- 11.00 Latihan mengerakkan jari tangan dan kaki dengan cara fleksi dan ekstensi
- 12.00 Injeksi Obat Bran act 250 g/iv dan Injeksi Obat Furosemid 2x1 sekaligus mengobservasi tekanan darah 190/90 mmhg, nadi 90x/menit, Suhu 37°C
- 13.00 Membantu membuang Urin 200cc

Tanggal 27 Mei 2016

06.00 Mengobservasi TTV dengan hasil Tekanan darah 200/96 mmhg, Nadi 80x/menit, Rr 20x/menit dan Suhu 37

06.30 Mengobservasi tingkat kesadaran dengan hasil GCS yang didapatkan 3-2-3

07.00 Membantu memandikan klien dengan menyeka ditempat tidur

07.15 Mengevaluasi posisi head up 30 derajat

08.00 Memberikan susu entrasol \pm 200cc melalui sonde dan retensi 50cc sekaligus mengobservasi tekanan darah 190/80 mmhg, Nadi 89x/menit, suhu 37 °C Rr 22x/menit

08.30 Ijeksi Kalnek 500 mg dan Injeksi Obat Bran act 2 x 25

09.00 Mengobservasi TTV dengan hasil Tekanan darah 190/80 mmhg, Nadi 88x/menit, suhu 37 °C Rr 23x/menit

09.15 Menilai tingkat kesadaran GCS 3-2-3

11.00 Mengobservasi intake 600cc dan output 300cc

11.30 Injeksi Obat Furosemid 2x250mg

9) Evaluasi

Tanggal 25-05-2016

S: kesadaran klien menurun

O: penurunan kesadaran

Keadaan umum lemah, Kesadaran somnolen, GCS : 3-2-3, Tetap terpasang oksigen 3 lpm, Pupil 2/2 respon terhadap cahaya ,SpO2 = 98%, tekanan

darah 170/80 mmhg, , Nadi 86x/menit, suhu 37 °C, Rr 23x/menit, Akral hangat, warna kulit tampak pucat, dan CRT kurang 2 detik, Produksi urin foley cath ± 1800cc/24 jam, Kejang (-), muntah (-)

A: Masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak belum teratasi

P: Intervensi 1,2,3,4,5, dan 6 dilanjutkan

Tanggal 26 Mei 2016

S: Kesadaran klien menurun

O: Keasadaran klien menurun

Keadaan umum lemah, Kesadaran somnolen, GCS : 2-2-3, Tetap terpasang oksigen 4 lpm, Pupil 2/2 respon terhadap cahaya, SpO2 = 98%, tekanan darah 190/90 mmhg, nadi 90x/menit, Suhu 37°C, Akral dingin, warna kulit tampak pucat, dan CRT kurang 2 detik, Produksi urin foley cath ± 1500cc/24 jam, Kejang (-), muntah (-)

A: Masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak belum teratasi

P: Intervensi 1,2,3,4,5, dan 6 dilanjutkan

Tanggal 27 Mei 2016

S: Kesadaran klien menurun

O: kesadaran klien menurun

Keadaan umum lemah, Kesadaran somnolen, GCS : 2-2-3, Tetap terpasang oksigen 3 lpm, Pupil 2/2 respon terhadap cahaya, SpO2 = 98%, Mengobservasi TTV dengan hasil tekanan darah 190/80 mmhg, Nadi

88x/menit, suhu 37 °C Rr 23x/menit, Akral dingin, warna kulit tampak pucat, dan CRT lebih 2 detik, Produksi urin foley cath ± 1700cc/24 jam, Kejang (-), muntah (-)

A: Masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak belum teratasi

P: Intervensi 1,2,3,4,5, dan 6 dilanjutkan oleh perawat pelaksana ICU

4.2 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang di temukan antara landasan teori dengan tinjauan kasus selama memberikan asuhan keperawatan pada kasus *CVA Bleeding* yang dialami oleh Tn. M dan Ny. S dengan masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Siti Khadijah Sepanjang, sesuai langkah-langkah asuhan keperawatan, diantaranya: Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Setelah melakukan pengkajian penulis menemukan beberapa manifestasi dari Tn M yaitu defisit lapang penglihatan, hemiparese, devisit verbal dengan afasia ekspresif, dan terjadi penurunan kesadaran dengan GCS 4-2-3, sedangkan data pengkajian pada Ny S didapatkan defisit lapang penglihatan, hemiparese , defisit verbal dengan afasia global, dan terjadi penurunan kesadaran dengan GCS 3-2-3.

Didalam teori *CVA Bleeding* manifestasi klien dengan masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak dituliskan secara umum dan ada beberapa manifestasi yang tidak didapatkan saat pengkajian langsung seperti defisit emosional dan defisit kognitif.

Jadi antara kasus dengan teori terdapat kesenjangan dimana kasus mendapatkan hasil langsung dari klien sedangkan teori menjelaskan tentang keseluruhan dan belum tentu semuanya sesuai dengan keadaan klien.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian kasus di dapatkan beberapa masalah keperawatan yang muncul seperti kerusakan perfusi jaringan otak, bersihan jalan nafas tidak efektif, resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, devisit perawatan diri, hambatan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, dan dalam studi kasus ini difokuskan pada masalah prioritas yakni kerusakan perfusi jaringan otak.

Dalam teori asuhan keperawatan *CVA bleeding* dengan masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak muncul masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak, bersihan jalan nafas tidak efektif, dan gangguan pertukaran gas.

Jadi antara tinjauan kasus dan teori terdapat kesenjangan dimana pada kasus didapatkan banyak masalah keperawatan yang muncul akan tetapi dalam teori yang dituliskan hanya tiga masalah keperawatan dan ada masalah keperawatan yang tidak muncul pada kasus yaitu kerusakan pertukaran gas.

4.2.3 Perencanaan

Pada tinjauan kasus rencana tindakan keperawatan adalah sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul akan tetapi memprioritaskan masalah keperawatan kerusakan perfusi jaringan otak dengan rencana: observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam, monitor kesadaran, monitor dan catat status neurologis secara teratur, berikan posisi head up 30°,

kolaborasi obat pemberian vitamin otak, dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet

Begitupun dalam tinjauan teori rencana tindakan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul akan tetapi memprioritaskan masalah kerusakan perfusi jaringan otak dengan rencana: observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam, monitor kesadaran monitor, dan catat status neurologis secara teratur, beriakan posisi head up 30°, kolaborasi obat, pemberian vitamin otak, dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet.

Jadi tinjauan kasus dan teori dalam rencana tindakan tidak ada kesenjangan dikarenakan rencana keperawatan mengikuti teori.

4.2.4 Pelaksanaan

Pada tinjauan kasus pelaksanaan keperawatan sesuai intervensi yang telah di susun akan tetapi ada intervensi yang tidak sesuai yaitu observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam tapi dilakukan setiap 1 jam karena menggunakan standart di ruang ICU.

Sedangkan dalam teori dituliskan secara keseluruhan intervensi dilakukan semua sesuai yang telah disusun. Jadi dalam tinjauan kasus dan teori terdapat kesenjangan dimana pada pelaksanaan kasus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien sedangkan dalam teori secara umum.

4.2.5 Evaluasi

Dalam studi kasus dengan menggunakan asuhan keperawatan mulai pengkajian sampai dengan pelaksanaan pada Tn M dapat dievaluasi bahwa ada peningkatan perbaikan ditandai dengan adanya peningkatan kesadaran dengan hasil GCS 4-2-3 hari pertama, hari kedua 3-2-3 dan hari ketiga 3-4-3, sedangkan Ny S dapat dievaluasi bahwa terjadi penurunan kesehatan ditandai dengan adanya penurunan kesadaran secara bertahap dengan hasil GCS 3-2-3 hari pertama, diikuti hari kedua 2-2-3 dan hari ketiga 2-2-3 dan akhirnya meninggal dunia dari evaluasi keseluruhan didapatkan bahwa masalah Tn M teratasi sebagian dan Ny S tidak teratasi.

Dalam tinjauan teori dilakukan evaluasi secara menyeluruh dan umum dengan cara membandingkan adanya perubahan kondisi klien serta melanjutkan rencana yang belum teratasi.

Jadi antara tinjauan kasus dan teori terdapat kesenjangan dimana kasus sangat rinci menjelaskan hasil tindakan dan evaluasi klien secara satu per satu dan tindakan selanjutnya dilakukan oleh perawat pelaksana ruang ICU sedangkan teori hanya secara umum.

PICOT

No	Pasien	Intervensi	Comparation	Outcome	Teori
1	Tn M (L/62tahun) 1. Posisi head up 30° 2. Personal hygien baik 3. Mobilisasi terbatas 4. O2 2lpm 5. Kateter urin nomor 16 6. IV Cath no 20 7. RL 1000cc/24 jam, Brant act 3x250g/24jam, 2x250g/24 jam	1. Posiskan head up 30° dengan bantal atau kain 2. Lakukan personal hygien 2x24/jam 3. Berikan bantuan untuk ADL 4. bantu napas dengan O2 2lpm 5. NGT dipasang pada tanggal 25 Mei 2016	1. Dialakukan setiap hari 2. Personal hygien dilakukan 2x/24jam pada pukul 08-00 dan 16-00 3. Semua ADL dibantu 4. O2 diberikan sebanyak 2lpm dipasang saat klien MRS 5. Pemasangan NGT pada tanggal 25 Mei 2016 jam 15.30 WIB	tidak ada komplikasi klien bersih ADL terpenuhi Napas spontan Tidak ada komplikasi Urin Lancar	1 pemberian posisi <i>Head up 30° dapat mengurangi trauma pada kepala</i> 3. <i>The centers for disease control and prevention</i> Menganjurkan penggantian kateter tiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi

		<p>6. Kateter urin nomor 16</p> <p>7. IV Cath no 20</p> <p>8. RL 1000cc/24 jam, Brant act 3x250 g/24jam, 2x250g/24 jam</p>	<p>penggantian pada hari ke 4</p> <p>6. Kateter urin di pasang pada tanggal 25 Mei 2016 jam 11.00</p> <p>7. IV cath dipasang pada tanggal 25 Mei 2016 pukul 09.30 WIB pergantian pada hari keempat dan kemudian tiap tiga hari.</p>	Tidak plebitis	
2	<p>Klien Ny S/65 tahun</p> <p>Tn M (L/62tahun)</p> <p>1. Posisi head up 30°</p>	<p>1 Posisikan head up 30° dengan</p>	<p>1 Dialakukan setiap hari</p> <p>2 Pernal hygiene</p>		<p>1 pemberian posisi <i>Head up 30° dapat mengurangi</i></p>

	<p>2. Personal higien baik</p> <p>3. Mobilisasi terbatas</p> <p>4. O2 2lpm</p> <p>5. NGT nomor 16</p> <p>6. Kateter urin nomor 16</p> <p>7. IV Cath no 20</p> <p>8. RL 1000cc/24 jam, Brant act 3x250 g/24jam, 2x250g/24 jam</p>	<p>bantal atau kain</p> <p>2 Lakukan personal higien 2x24/jam</p> <p>3 Berikan bantuan untuk ADL</p> <p>4 bantu napas dengan O2 2lpm</p> <p>5 NGT dipasang pada tanggal 25 Mei 2016</p> <p>6 Kateter urin nomor 16</p> <p>7 IV Cath no 20</p> <p>8 RL 1000cc/24 jam, Brant act</p>	<p>dilakukan 2x/24jam</p> <p>pada pukul 08-00 dan 16-00</p> <p>3 Semua ADL dibantu</p> <p>8. O2 diberikan sebanyak 10 lpm dipasang saat klien MRS</p> <p>9. Pemasangan NGT pada tanggal 25 Mei 2016 jam 21.00 WIB</p> <p>penggantian pada hari ke 4</p> <p>10. Kateter urin di pasang pada tanggal 25 Mei 2016 jam</p>	<p><i>trauma pada kepala</i></p> <p><i>2. The centers for disease control and prevention</i></p> <p>Menganjurkan penggantian kateter tiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi</p>
--	--	--	--	---

		3x250 g/24jam, 2x250g/24 jam	20.00 11. cath dipasang pada tanggal 25 Mei 2016 pukul 20.00 WIB pergantian pada hari keempat dan kemudian tiap tiga hari.		
--	--	---------------------------------------	--	--	--

Tabel 4.1