

**BAB 3**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1 PENGKAJIAN**

Hari jumat tanggal 28 Maret 2014 jam 08.00 WIB

**3.1.1 Penumpulan Data**

**1. Identitas pasien**

Nama pasien Ny.X umur 71 tahun, Perempuan, suku Jawa Indonesia, Ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SMP, alamat Lebak Timur 3 Surabaya, tanggal MRS 23 Maret 2014, ruang Seruni B, diagnose medis CVA Infark, penanggung jawab Ny.X, RM 12.16.88.76

**2. Keluhan utama**

Para plegi

**3. Riwayat Kesehatan**

1). Riwayat penyakit sekarang

Keluarga pasien mengatakan Selama 1 minggu terakhir 21 Maret 2014 pasien dirumah merasa lemah untuk melakukan aktivitas, dan pasien kesulitan untuk berbicara sehingga keluarga pasien langsung membawanya ke IRD Rumah sakit DR. Soetomo Surabaya, sehingga dianjurkan untuk MRS ke ruang Seruni B pada saat dua hari MRS tubuh pasien terasa berat, tiga hari MRS mulut kerasa tebal, pelo dan kelemahan fisik dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil DM type II Hipoglikemia, sepsis, imobilisasi, inkontinensia, Hiponatremia, HT II, Polisitemia.

2). Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien pernah mengalami stroke 2 tahun yang lalu, dan di rawat di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya.

Pasien mempunyai riwayat Hipertensi mulai umur 45 tahun.

Ditemukan Hipoglikemia positif

### 3). Riwayat penyakit keluarga

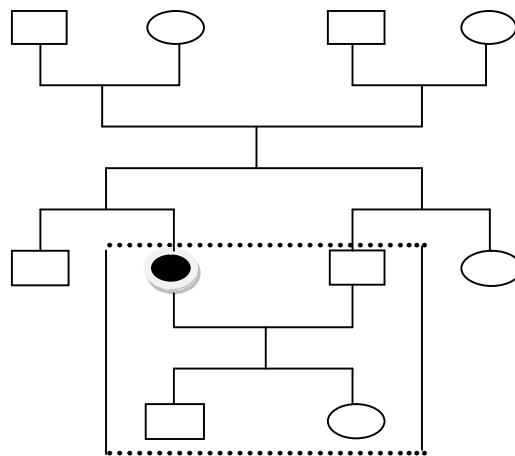
Dari hasil hasil pengkajian keluarga mengatakan bahwa dalam keluarganya mempunyai riwayat penyakit menurun seperti: Hipertensi.

### 4). Riwayat psikososial

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai riwayat yang membuat pasien depresi atau stress.

Pasien mengalami perubahan hubungan dan peran karena pasien tidak dapat berkomunikasi dengan keluarga.

### 3.1.2 Genogram



**Ket :** □ = Laki-laki

○ = Perempuan

● = Pasien

.... = **Tinggal 1 rumah**

### **3.1.3 PEMERIKSAAN FISIK**

#### **B1 : BREATHING**

DS: Tidak terkaji

DO: Dari hasil pemeriksaan ini di dapatkan Batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, stridor, penggunaan otot bantu nafas O<sub>2</sub> masker 8 liter/menit, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi kedua dada akibat peningkatan produksi sekret dan penurunan kemampuan untuk batuk akibat penurunan kesadaran klien, RR: 32x/menit.

#### **B2 : BLOOD**

DS: Tidak terkaji

DO: Dari hasil pemeriksaan ini di dapatkan hipertensi, TD: 160/100 mm Hg, MAP=120, denyut jantung irreguler, Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius.

#### **B3 : BRAIN**

DS: Tidak terkaji

DO: Dari hasil pemeriksaan ini di dapatkan Kesadaran: 325, Tubuh bagian kiri tidak dapat digerakkan, Sepsis, Kesulitan menelan dan membuka mulut, Disfungsi persepsi visual, Odema pupil, penurunan kemampuan gerakan disisi yang sakit, Terdapat

gangguan pengecap, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat, Lidah asimetris,

**B4 : BOWEL**

DS: Tidak terkaji

DO: Dari hasil pemeriksaan ini di dapatkan inkontinensia urine karena perubahan degenerative pada otot pelvis, distensi abdomen, Terpasang kateterisasi mulai hari pertama masuk, Urine 600cc/24 jam, berwarna kuning, berbau khas, input personele 1200 cc/hari.

**B5 : GASTROINTESTINAL**

DS: Tidak terkaji

DO: Dari hasil pemeriksaan ini di dapatkan Kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah, inkontinensia alvi akibat penurunan peristaltik usus, terpasang naso gastric tube(NGT), diet susu 1200 cc/hari

**B6 : MUSKULOSKELETAL**

DS: Tidak terkaji

DO: Dari hasil pemeriksaan ini di dapatkan hemiparese pada tubuh bagian kiri, Tidak terdapat perubahan pada posisi tulang,

Tidak terdapat fraktur, ROM

	0	5
	0	5

Ket: 0 = Negativ 5 = Normal

**3.1.4 PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

RADIODIAGNOSTIK THORAX (23/03/2014)

Uraian hasil Pemeriksaan

Klinis : Penurunan kesadaran susp. Stroke

Cor : Besar dan bentuk kesan normal, tampak kalsifikasi pada  
aortic knob

Pulmo : tak tampak infiltrate

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

KESAN : Aortosclerosis

RADIODIAGNOSTIK SCAN kepala (tanpa kontras) (23/03/2014)

Klinis : Penurunan Kesadaran e.c. Susp. Stroke

Tampak lesi hipodense batas kurang tegas, tegas di capsula eksterna kanan

Tampak Lesi Hipodense batas tegas di capsula eksterna kiri

Sulci dan gyri tampak normal

Sistem ventrikel dan sisterna tampak normal

Tak tampak deviasi midline struktur

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Orbita, Mastoid, sinus malparanasalis kanan kiri tampak normal

Calvaria normal

#### KESIMPILAN RADIOLOGIS

Sub acute ischemic cerebral infarction di kapsula eksterna kanan

Chronic ischemic cerebral infarction di kapsula eksterna kiri

#### URINE LENGKAP (26/03/2014)

Paramater	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
-----------	-------	--------	---------------

SG	1.026		1.010-1.015
PH	6.4		5-8
LEU	100	/UL	Negative
NIT	NEG		Negative
PRO	25	Mg/dl	Negative
GLU	1000	Mg/dl	Negative
KET	50	Mg/dl	Negative
UBG	1	Mg/dl	Normal
BIL	NEG	Mg/dl	Negative
ERY	250	/ul	Negative
COLOR	AMBER	-	-
CLARITY	CLEAR	-	-

KIMIA KLINIK (27/03/2014)

Paraameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Kalium	3,9	Mmol/l	3,5-5,1
Natrium	127	Mmol/l	136-145

Klorida	99	Mmol/l	98-107
Glukosa Darah 2JPP	153	Mg/dl	Normal kurang 140 DM lebih 200
Glukosa darah	152	Mg/dl	Dewasa Normal kurang 100 DM lebih=126

KIMIA KLINIK (30/03/2014)

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Kalium	4,5	Mmol/l	3,5-5,1
Natrium	130	Mmol/l	136-145
Klorida	101	Mmol/l	98-107



GDA	204	Mg/dl	Dewasa Normal kurang 100 DM lebih=126
-----	-----	-------	---

### 3.1.5 TERAPI OBAT

**28/03/2014**

Inf. NaCL 0,9%

Tutofusin : OPS 1:1

SC novorapid 20 iu/500cc Tutofusin : OPS

Injeksi Novorapid 3x8 iu (E1, E3, E5)

Injeksi Lavemir 12 iu (jam 22.00)

Injeksi ampicilin sulbactam 3x1

Metronidazol inf. 3x500

Captopil/Amlodipin(personde)

Nebulizer PZ tiap 6 jam

Pro Mobilisasi

**29/03/2014**

Amlodipin 1x10 mg (personde)

Captopril 3x25 mg (personde)

Ampicilin 3x1

Metronidazol 3x500

Bralin 250 3x1

Farmadol 3x1

Omz 2x1

**30/03.2014**

Farmadol infuse jika suhu tubuh di atas 37,8

Ketoconazol 200 mg 2x1 (personde)

Gentamycin cream

Ampicilin sulbactam 3x1

Metronidazol 3x1

Omz 2x1

Bralin 250 3x1

1) MASALAH KEPERAWATAN

1. Bersihan jalan Nafas Inefektif
2. Gangguan perfusi jaringan serebral
3. Inkontinensia urine
4. Inkontinensia alvi
5. Resiko kerusakan integritas kulit
6. Intoleransi Aktivitas
7. Hambatan komunikasi verbal

### **3.1.6 ANALISA DATA**

Tanggal 28 Maret 2014

1. Data Subyektif: Tidak terkaji

Data Obyektif: Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, stridor, penggunaan otot bantu nafas O2 masker 8 liter/menit, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi kedua dada akibat peningkatan produksi sekret dan penurunan kemampuan untuk batuk efektif akibat penurunan kesadaran pasien, TD:

160/100 mmHg, Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 32x/menit. MAP=120

Masalah Keperawatan : Bersihan jalan Nafas Inefektif

Kemungkinan penyebab : Peningkatan akumulasi secret.

2. Data subyektif : Tidak terkaji

Data Obyektif: Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan GCS 325, sinkope, gelisah, disfungsi visual, Odema pupil, muntah, TD: 160/100 mmHg, Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 32x/menit.

Masalah keperawatan : Gangguan perfusi jaringan serebral

Kemungkinan penyebab : peningkatan tekanan intrakranial

### **3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN**

3.2.1 Bersihan jalan nafas inefektif berhubungan dengan peningkatan akumulasi secret ditandai dengan batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, stridor, penggunaan otot bantu nafas O2 masker 8 liter/menit, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi kedua dada akibat peningkatan produksi sekret dan penurunan kemampuan untuk batuk efektif akibat penurunan kesadaran pasien. TD: 160/100 mmHg, Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 32x/menit. MAP=120

3.2.2 Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial ditandai dengan GCS 325, sinkope, gelisah, disfungsi visual, Odema pupil, muntah. TD:

160/100 mmHg, Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR:  
32x/menit.

### **3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN**

#### 3.3.1 Intervensi Diagnosa 1

##### 1) Tujuan keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam bersihan jalan nafas efektif.

##### 2) Kriteria Hasil

- a. Menunjukkan nafas optimal pada saat terpasang ventilator mekanis seperti relaksasi.
- b. Mempunyai kecepatan dan irama pernafasan dalam batas normal 16-24 x/menit.
- c. Mempunyai fungsi paru dalam batas normal untuk pasien
- d. Meminta bantuan pernafasan saat pasien merasa sesak

#### **NIC**

1. Pantau adanya pucat dan sianosis.
2. Pantau efek obat pada status pernafasan.
3. Tentukan lokasi dan luasnya krepitasi di tulang iga
4. Observasi dan dokumentasikan ekspansi dada bilateral pada pasien yang terpasang ventilator.
5. Menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya dan manfaat pernafasan yang efektif
6. Lakukan clupping dan fibrating serta ajarkan keluarga dalam melakukannya.

7. Kolaborasikan pemberian obat bronchodilator dengan dokter.
8. Kolaborasikan pemberian terapi nebulizer sesuai program.
9. Kolaborasikan pemberian analgesik untuk mengoptimalkan pola pernafasan.

### 3.3.2 Intervensi Diagnosa 2

#### 1) Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan perfusi jaringan serebral

#### 2) Kriteria Hasil

- a. Tekanan perfusi jaringan serebral akan mencapai lebih dari 70mm Hg(pada orang dewasa), dengan kurang dari lima episode abnormal dalam 24 jam
- b. Tekanan intrakranial stabil pada empat episode atau kurang bentuk gelombang tidak normal dalam 24 jam

#### **NIC**

1. Pantau tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral secara kontinu.

2. Pantau status neurologis pada interval yang teratur setiap 15 menit
3. observasi tanda vital dan irama jantung, dan pantau adanya perubahan selama dan setelah aktivitas
4. Menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya pemantauan TIK
5. Kolaborasi untuk menurunkan TIK seperti ventrikulostomi untuk drain cairan serebrospinal

### **3.4 IMPLEMENTASI**

#### **3.4.1 Implementasi Diagnosa 1**

Tanggal 28 Maret 2014

08.00 Memantau adanya pucat dan sianosis.

Respon pasien : pasien pucat

08.15 Memantau efek obat pada status pernafasan.

Respon pasien : tidak terdapat efek samping pada pernafasan

08.20 Menentukan lokasi dan luasnya krepitasi di tulang iga.

Respon pasien : terdapat retraksi

09.00 Mengobservasi dan dokumentasikan ekspansi dada bilateral pada pasien yang terpasang ventilator.

Respon pasien : pernafasan cepat irregular, TD: 160/100 mmHg,

Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 32x/menit.



09.05 Menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya dan manfaat pernafasan yang efektif

Respon keluarga : keluarga mengerti dan ada feed back

11.00 Mengkolaborasikan pemberian obat bronchodilator dengan dokter .

11.30 Mengkolaborasikan pemberian terapi nebulizer PZ 5cc

09.00 Mengkolaborasikan pemberian analgesik dengan dokter untuk mengoptimalkan pola pernafasan.

### **Obat-obatan**

09.00 Tutofusin : OPS 1:1

09.00 SC novorapid 20 iu/500cc Tutofusin : OPS

09.00 Injeksi Novorapid 3x8 iu (E1, E3, E5)

22.00 Injeksi Lavemir 12 iu

09.00 Injeksi ampicilin sulbactam 3x1

09.00 Metronidazol inf. 3x500

14.00 Captopil/Amlodipin(personde)

09.00 Nebulizer PZ tiap 6 jam

Tanggal 29 Maret 2014

08.00 Memantau adanya pucat dan sianosis.

Respon pasien : pasien sudah tidak pucat

08.15 Memantau efek obat pada status pernafasan.

Respon pasien : tidak terdapat efek samping pada pernafasan

08.20 Menentukan lokasi dan luasnya krepitasi di tulang iga.

Respon pasien : terdapat retraksi menurun

09.00 Mengobservasi dan dokumentasikan ekspansi dada bilateral pada pasien yang terpasang ventilator.

Respon pasien : pernafasan cepat regular TD: 140/60 mmHg, Nadi: 100x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 28x/menit.

09.05 Menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya dan manfaat pernafasan yang efektif

Respon keluarga : keluarga mengerti dan ada feed back

11.00 Mengkolaborasikan pembeian obat bronchodilator dengan dokter.

11.30 Mengkolaborasikan pemberian terapi nebulizer PZ 5cc

11.40 Melakukan clupping dan fibrating serta ajarkan keluarga dalam melakukannya.

09.00 Mengkolaborasikan pemberian analgesik untuk mengoptimalkan pola pernafasan.

#### **Obat-obatan**

11.00 Amlodipin 1x10 mg (personde)

14.00 Captopril 3x25 mg (personde)

09.00 Ampicilin 3x1

09.00 Metronidazol 3x500

09.00 Bralin 250 3x1

09.00 Farmadol 3x1

11.00 Omz 2x1

#### **3.4.2 Implementasi Diagnosa 2**

##### **Implementasi**

Tanggal 28 Maret 2014

08.00 Memantau tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral secara kontinu.

Respon pasien : Pasien muntah, gelisah, penurunan kesadaran, odema pupil

08.15 Memantau status neurologis pada interval yang teratur

Respon Pasien : terjadi disfungsi Visual

08.30 Mengobservasi tanda vital dan irama jantung, dan pantau adanya perubahan selama dan setelah aktivitas

Respon pasien : S1,S2 tunggal TD: 160/100 mmHg, Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 32x/menit, GCS : 325.

09.00 Menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya pemantauan TIK

Respon Keluarga : Keluarga mengetahui tanda-tanda dan efek terjadinya TIK

11.00 Mengkolaborasikan pemberian obat TIK

#### **Obat-Obatan**

09.00 Tutofusin : OPS 1:1

09.00 SC novorapid 20 iu/500cc Tutofusin : OPS

09.00 Injeksi Novorapid 3x8 iu (E1, E3, E5)

22.00 Injeksi Lavemir 12 iu

09.00 Injeksi ampicilin sulbactam 3x1

09.00 Metronidazol inf. 3x500

14.00 Captopil/Amlodipin(personde)

09.00 Nebulizer PZ tiap 6 jam

Tanggal 29 Maret 2014

08.00 Memantau tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral secara kontinu.

Respon pasien : Pasien muntah, gelisah, penurunan kesadaran, odema pupil

08.15 Memantau status neurologis pada interval yang teratur

Respon Pasien : terjadi disfungsi Visual

08.31 Mengobservasi tanda vital dan irama jantung, dan pantau adanya perubahan selama dan setelah aktivitas

Respon pasien : S1,S2 tunggal TD: 140/60 mmHg, Nadi: 100x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 28x/menit, GCS : 325.

09.00 Mengkolaborasikan pemberian obat TIK

#### **Obat-obatan**

11.00 Amlodipin 1x10 mg (personde)

14.00 Captopril 3x25 mg (personde)

09.00 Ampicilin 3x1

09.00 Metronidazol 3x500

09.00 Bralin 250 3x1

09.00 Farmadol 3x1

11.00 Omz 2x1

Tanggal 30 Maret 2014

08.00 Memantau tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral secara kontinu.

Respon pasien : Pasien tidak muntah, gelisah, penurunan kesadaran, odema pupil

08.15 Memantau status neurologis pada interval yang teratur

Respon Pasien : terjadi disfungsi Visual

08.32 Menobservasi tanda vital dan irama jantung, dan pantau adanya perubahan selama dan setelah aktivitas

Respon pasien : S1,S2 tunggal TD: 140/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 37,9 derajat celcius, RR: 24x/menit, GCS : 336.

09.00 Mengkolaborasikan pemberian obat TIK

#### **Obat-obatan**

10.00 Farmadol infuse jika suhu tubuh di atas 37,8

11.00 Ketoconazol 200 mg 2x1 (personde)

11.00 Gentamycin cream

09.00 Ampicilin sulbactam 3x1

09.00 Metronidazol 3x1

11.00 Omz 2x1

11.00 Bralin 250 3x1

### **3.5 EVALUASI KEPERAWATAN**

#### **3.5.1 Diagnosa 1**

1. Tanggal 28 Maret 2014

Subyektif : Tidak terkaji

Obyektif : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan Batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, stridor, penggunaan otot bantu nafas O2 masker 8 liter/menit, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi kedua dada akibat peningkatan produksi sekret dan

penurunan kemampuan untuk batuk efektif akibat  
penurunan kesadaran pasien. TD: 160/100 mmHg, Nadi:  
96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 32x/menit.  
MAP=120

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9 dilanjutkan

2. Tanggal 29 Maret 2014

Subyektif : Tidak terkaji

Obyektif : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan  
Batuk berkurang, peningkatan produksi sputum berkurang,  
sesak nafas menurun, stridor, penggunaan otot bantu nafas  
O2 masker 8 liter/menit, serta perubahan kecepatan dan  
kedalaman pernafasan berkurang. Adanya ronchi kedua  
dada, penurunan kesadaran klien. TD: 140/60 mmHg,  
Nadi: 100x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR:  
28x/menit. MAP=113

Assesment : Masalah Keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi 1,4,,6,7,8,9, ditingkatkan

### **3.5.1 Diagnosa 2**

1. Tanggal 28 Maret 2014

Data subyektif : Tidak terkaji

Data Obyektif : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan  
didapatkan GCS 3/5, sinkope berkurang, gelisah,  
disfungsi visual, Odema pupil, berkeringat dingin.TD:

160/100 mmHg, Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 32x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5, dipertahankan

2. Tanggal 29 Maret 2014

Data subyektif : Tidak terkaji

Data Obyektif : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan GCS 325, sinkope, gelisah, disfungsi visual, Odema pupil. TD: 140/60 mmHg, Nadi: 100x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 28x/menit

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi 1,2,3,4, ditingkatkan

3. Tanggal 30 Maret 2014

Data subyektif : Tidak terkaji

Data Obyektif : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan GCS 336, sinkope, gelisah, disfungsi visual, Odema pupil. TD: 140/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 37,9 derajat celcius, RR: 24x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi 1,2,3,4, dipertahankan

4. Tanggal 31 Maret 2014

Data subyektif : Tidak terkaji

Data Obyektif : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan GCS 346, sinkope, Pasien Tenag, disfungsi visual, tidak terjadi odema pupil. TD: 150/70 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 37,5 derajat celcius, RR: 24x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi 1,2,3,4, dipertahankan