

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1 Identitas pasien**

- a. Nama : Tn. E
- b. Umur : 58 tahun
- c. Jenis kelamin : laki-laki
- d. Alamat : Jemursari, Surabaya
- e. Status Perkawinan : Kawin
- f. Agama : Islam
- g. Pendidikan : Tamat SLTA
- h. Pekerjaan : PNS
- i. Diagnosa Medis : CVA Bleedng + Ventilator
- j. Tanggal MRS : 10 Maret 2014
- k. Tanggal Masuk ICU : 16 Maret 2014
- l. Tanggal Pengkajian : 16 Maret 2014
- m. No. RMK : 12-31-73-xx

**3.1.2 Keluhan Utama**

Pasien tidak sadar

**3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Keluarga pasien mengatakan 2 hari yang lalu (8 Maret 2014) pasien mengeluh pusing di kepala dan tiba-tiba pasien jatuh setelah itu tidak sadar, oleh keluarga langsung dibawa ke RS. Dr. Soetomo dan rawat inap di ruang saraf selama 8 hari

dan dilakukan operasi di kepala bagian kanan untuk pengambilan sumbatan yang terdapat di otak. Setelah itu pasien dipindah di ICU GBPT.

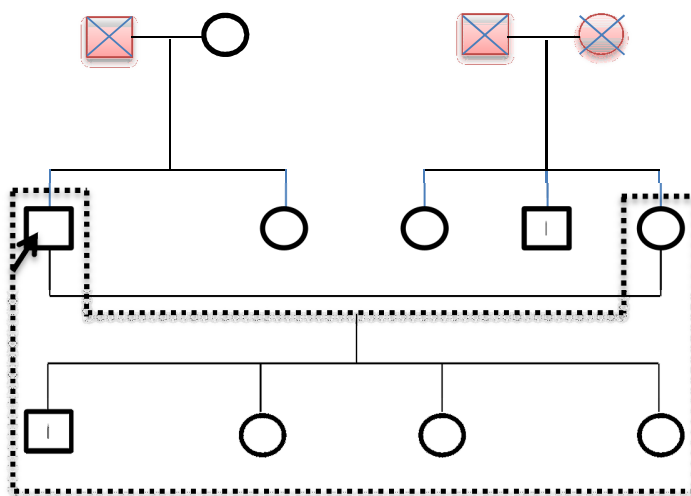
### 3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan 1 tahun yang lalu pasien pernah dirawat inap karena stroke dan sembuh selama 1 minggu akibat terjatuh dari tangga di rumahnya.






### 3.1.5 Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan jika didalam keluarga ada yang memiliki Hipertensi yaitu kakeknya, dan tidak ada anggota keluarga lain yang memiliki riwayat Diabetes Melitus, asma dan tidak memiliki penyakit menular

### 3.1.6 Genogram



Ket:

-  : laki-laki meninggal
-  : perempuan meninggal
-  : laki-laki
-  : perempuan
-  : pasien
-  : tinggal satu rumah

### 3.1.7 Pemeriksaan Fisik

Kedaaan umum	: lemah
GCS	: E-V-M = 1-x-2
Tingkat kesadaran	: Sopor
BB/TB	: 70 kg/162 cm

## a. B1 / Breathing (pernafasan)

**DS :** Pasien tidak sadar

**DO :** Klien menggunakan respirator, Mode: CR (Control Respiratory), Insp MV: 500 , Exp MV: - FIO2: : 60%. Bentuk dada simetris, tidak ada jejas pada daerah dada, wheezing -/-, Ronchi +/+, RR 21 x/menit. Pada hidung sebelah kiri terpasang NGT, sekret mukopurulen banyak, warna putih kental.

## b. B2/ Blood (Kardiovaskular)

**DS :** Pasien tidak sadar

**DO :** S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan, tekanan darah 100 / 80mmHg, dan suhu 36,4°C, akral dingin kering merah, CRT  $\pm$  4 detik.

## c. B3 / (persyarafan)

**DS :** Pasien tidak sadar

**DO :** Klien tampak gelisah, tidak terdapat tanda-tanda peningkatan TIK, GCS : 1-x-2, pupil isokor, reaksi cahaya : +/+, reflek patologis: babinski +/-

## d. B4/Bladder (perkemihan)

**DS :** Pasien tidak sadar

**DO :** Terpasang dower Kateter ukuran 16 (dari tanggal 16-3-2014), produksi urine 2400ml/24 jam, warna kuning jernih, infus Clinimvix:D5  $\frac{1}{2}$ Ns (2000:500)

## e. B5/Bowel (Pencernaan)

**DS :** Pasien tidak sadar

**DO** : Sonde susu 6x250 ml ditambah air 20 cc, tidak ada jejas di daerah abdomen, flat abdomen, peristaltik usus (+), BAB (-), cairan residu warna kecoklatan 100 ml.

f. B6/ Bone (tulang, otot dan kulit)

**DS** : Pasien tidak sadar

**DO** : Kemampuan pergerakan tangan kanan dan kiri mengalami kelemahan, disertai kelemahan di ekstremitas bawah, disertai hemiparesis dekstra (+). Pada kepala ada luka operasi tertutup balutan kasa dan hypavix, tidak tampak adanya perdarahan, dan terpasang drain cairan ±150cc. Wajah klien tampak pucat, akral dingin-kering, warna kulit pucat. Kekuatan otot

5	5
5	5

### 3.1.8 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium (10-3-2014)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
HbA1c	5,9	4,5-6,3
<b>Sodium</b>	<b>154 H</b>	135-146 mmol/L
Potassium	3,6	3,5-5,0 mmol/L
<b>Chloride</b>	<b>114 H</b>	95-106 mmol/L
<b>Urea</b>	<b>51,9 H</b>	10,0-50 mg/dl
<b>Blood Urea Nitrogen</b>	<b>24,3 H</b>	4,6-23,3 mg/dl
<b>Creatinin</b>	<b>2,94 H</b>	0,40-1,10 mg/dl

Tabel 3.1 : Pemeriksaan laboratorium tanggal 10-3-2014.

## b. Pemeriksaan laboratorium (18-3-2014)

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai normal</b>
BUN	<b>9,61 L</b>	10-20 mg/dl
Albumin	2,46	3,4-5,0 g/dL
Glukosa 2 jam PP	132	< 140 mg/dL
Kreatinin	<b>4,05 H</b>	0,40-1,10 mg/dl
SGOT	32	0-37 u/L
SGPT	35	0-42 u/L
Kalsium	7,8	
<b>Darah lengkap</b>		
WBC	<b>17,1 H</b>	(4.30-10.80)10 <sup>3</sup> /dL
HCT	41,1	36.0-48.0 %
Ly	<b>15,9 L</b>	24.0-44.0 %
MCV	93,7	84.0-96.0 fL
Mo	6,1	3.0-7.0 %
MCH	29,6	28.0-34.0 pg
GR	78,0	
MCHC	<b>31,6 L</b>	32.0-36.0 g/dL
RBC	4,39	(4.00-5.00) 10 <sup>6</sup> /μL
RDW	13,2	11.5-14.5 %
HGB	13,0	13.0-17.0 g/dL

Tabel 3.2 : Pemeriksaan Laboratorium tanggal 18-3-2014.

c. Pemeriksaan Radiologi

CT Scan 11-03-2014

MSCT kepala tanpa kontras. Defek temporal kiri post surgery. Evakuasi ICH basal ganglia kiri. Slight like ventrikel system retraksi ventrikel system ke sisi kiri. Deviasi midline struktur 17mm ke kiri. SAH mengisi cysterna basalis. IVH intra ventrikel IV-III lateralis kanan-kiri. Diffuse hipodensity di serebral dan cerebellum degan poor differensiasi gray dan white matter. Herniated brain via skull deffect. Fluid intra sinus sphenoidalis, sinus maksilaris, frontals kanan-kiri. Fliud intra mastoid air cell kanan-kiri.

**KESIMPULAN :**

Evakuasi ICH basal ganglia kiri. Slight like ventrikel system dengan retraksi ventrikel system ke sisi kiri dan deviasi midline struktur 17mm kekiri. Tampak herniated brain melalui skull deffect. SAH mengisi cysterna basalis. IVH intra ventrikel IV-III lateralis kanan-kiri. Diffuse hypodensity di cerebral dan cerebellum degan poor differensiasi gray dan white matter. Fluid intra sinus sphenoidalis, sinus maksilaris, frontalis kanan-kiri.

3.1.9 **Terapi** (tgl 17-03-2014)

Ranitidin	3 x 2 mg	Ca Gluconas	3 x 1 gr
Metoclopramid	3 x 1 amp	Adrenalin	100 mg
Cefosulbactam	3 x 1	Lasix	10mg / cc
Furosemid	3 x 1 amp	Vascon	250mg
Pranza	3 x 1 gr	Dopamin	5ng / cc
Stabactam	3 x 1	Clinimvix : D5 ½Ns	4 : 1

### 3.2 Daftar masalah keperawatan

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif
- b. Perfusi jaringan serebral tidak efektif
- c. Gangguan mobilitas fisik
- d. Resiko tinggi infeksi
- e. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

### 3.3 Analisa Data

No	Data	Masalah	Kemungkinan penyebab
1.	Ds: pasien tidak sadar Do: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat sekret di tenggorokan</li> <li>• Dilakukan suction dan fisioterapi dada dengan clapping dan fibrating tiap 2 jam sekali</li> <li>• Klien terpasang intubasi</li> <li>• Terdapat ronchi +/-</li> <li>• RR: 25 x/menit</li> </ul>	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Pecahnya pembuluh darah otak ↓ Penurunan kesadaran ↓ Penurunan reflek batuk dan menelan ↓ Akumulasi sputum di jalan nafas

2.	<p>Ds: pasien tidak sadar</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat luka operasi di kepala</li> <li>• Terpasang drain cairan di kepala bagian kanan (pemasangan hari ke-1) ± 150cc</li> <li>• Klien tidak sadar</li> <li>• Akral dingin, kering</li> <li>• SpiO<sub>2</sub> : 95-96 %</li> <li>• Tampak pucat</li> <li>• Klien diberikan obat :  Adrenalin  100 mg  Vascon  250mg  Dopamin  5ng / cc  Clinimvix : D5 ½Ns  4 : 1</li> <li>• GCS 1-X-2</li> <li>• Pada CT scan terdapat SAH mengisi cisterna basalis. IVH intra</li> </ul>	<p>Perfusi jaringan serebral tidak efektif</p>	<p>Adanya perdarahan</p> <p>↓</p> <p>volume otak meningkat, terganggunya drainase otak</p> <p>↓</p> <p>Suplai O<sub>2</sub> terhambat</p> <p>↓</p> <p>Hipoksemia otak</p> <p>↓</p> <p>Thrombus atau emboli serebri</p>
----	---	--	--



	ventrikel IV-III		
	lateralis kanan-kiri		

Tabel 3.3 : Analisa Data.

#### 2.4 Prioritas Masalah / Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas oleh penumpukan sputum, reflek batuk.
- b. Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya curah jantung, hipoksemia jaringan, asidosis dan kemungkinan thrombus atau emboli.

#### 2.5 Intervensi Keperawatan

- a. **Diagnosa 1** : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas oleh penumpukan sputum, reflek batuk.

**NOC :**

**Tujuan** : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam pola nafas klien kembali efektif.

**Kriteria Hasil :**

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mapu bernafas dengan mudah)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)

3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas

### **Intervensi : NIC**

#### **1. *Airway suction***

- a) Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah melakukan suction
- b) Informasikan pada klien dan keluarga tentang tindakan suction
- c) Minta klien nafas dalam sebelum dilakukan suction
- d) Berikan oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotracheal maupun endotracheal
- e) Anjurkan pasien istirahat dan nafas dalam setelah tindakan suction dilakukan
- f) Monitor status oksigen pasien
- g) Hentikan suction dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi dan peningkatan saturasi oksigen

#### **2. *Airway management***

- a) Posisikan pasien untuk mengoptimalkan ventilasi
- b) Pasang mayo atau oropharingeal tube bila perlu
- c) Lakukan fisioterapi dada saat dilakukan suction
- d) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
- e) Kolaborasikan pemberian bronkodilator bila perlu
- f) Monitor respirasi saturasi dan status O<sub>2</sub>

- b. Diagnosa 2 :** Perfusi jaringan serebral tidak efektif b/d menurunnya curah jantung, hipoksemia jaringan, asidosis dan kemungkinan thrombus atau emboli.

**NOC (*Nursing Outcomes Classification*):**

**Tujuan :** Setelah di lakukan tindakan keperawatan perfusi jaringan tercapai secara optimal.

**kriteria hasil :**

1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :
  - a) Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan
  - b) Tidak ada ortostatik hipertensi
  - c) Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK (tidak lebih dari 15 mmHg)
2. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan :
  - a) Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
  - b) Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
  - c) Memproses informasi
  - d) Membuat keputusan dengan benar
3. Menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan involunter.

**Intervensi : NIC (*Nursing Intervention Classification*)**

1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul.

2. Monitor adanya parastese
3. Instruksikan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi
4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi
5. Batasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung
6. Ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung.
7. Monitor kemampuan BAB
8. Kolaborasikan dalam pemberian analgetik
9. Monitor adanya tanda tromboflebitis
10. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi.
11. Lakukan pemeriksaan radiologi CT Scan secara berkala.

## 2.6 Implementasi keperawatan

Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<b>16-03-2014</b>			
07.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital (TD, suhu, HR, SpO2 dan KU px) <b>Respon: kooperatif, tidak ada tanda-tanda penolakan.</b>	S= - O= • Secret mukopurulen banyak, reflek batuk inadekuat	
07.15	- Melakukan suction pada mulut dan ET tube yang terpasang pada mulut	• Pola nafas masih tetap kusmaul, • Klien terpasang	

07.30	<p>pasien dan fisioterapi dada dengan clapping dan fibrating</p> <p><b>Respon: kooperatif, pasien belum mampu batuk efektif</b></p> <p>- Memberikan diet nutrisi (susu) melalui sonde 250 cc dan retensi 12cc</p> <p><b>Respon: kooperatif, diet susu dihabiskan</b></p>	<p>EndoTracheal Tube dan O2 15tpm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SpiO2 = 95%</li> <li>• Tensi 120/95 mmHg, Hr 90x/menit, suhu 37,4°C, RR 28x/mnt</li> <li>• Prod urin foley cath ± 2400cc/24 jam</li> <li>• Jumlah retensi 62cc/ 8 jam</li> <li>• Kejang (-), muntah (-)</li> </ul> <p>A= Masalah teratasi</p>	
08.00	<p>- Menyeka dan melakukan oral hygiene pada pasien</p> <p><b>Respon: pasien kooperatif</b></p>	<p>sebagian</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan sesuai observasi intensif dan</p>	
09.00	<p>- Mengkaji penyebab pasien tidak sadar kepada keluarga pasien, meongbservasi kesadaran pasien, dan reflek pupil terhadap cahaya</p> <p><b>Respon: pasien dan keluarga kooperatif</b></p>	<p>intervensi di ruangan ICU</p>	

09.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi keadaan umum, airway, SpiO2 dan tanda-tanda vital pasien</li> <li>- Memberikan posisi head up (15°)</li> </ul> <p><b>Respon: pasien kooperatif dan tampak fluktuasi TTV dan saturasi O2</b></p>		
09.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan suction dan fisioterapi dada dengan fibrating</li> </ul> <p><b>Respon: kooperatif dan belum mampu batuk dan menelan</b></p>		
09.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan obat sesuai terapi melalui sonde</li> </ul> <p><b>Respon: kooperatif</b></p>		
10.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservai intake dan output per 24 jam</li> </ul>		
11.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan susu PE <math>\pm</math>250cc melalui sonde dan retensi 50cc</li> </ul>		

11.30	<p><b>Respon: pasien kooperatif dan tidak muntah</b></p> <p>- Mengobservasi tanda-tanda vital (TD, suhu, HR, SpO2 dan KU px)</p>		
12.00	<p>- Melakukan suction dan fisioterapi dada dengan clapping dan fibrating</p> <p><b>Respon: pasien kooperatif dan tidak ada tanda penolakan</b></p>		
13.00	<p>- Mengobservasi KU, TD, Suhu, Nadi, dan saturasi O2</p>		
13.30	<p>- Memberikan obat sesuai terapi melalui sonde</p> <p><b>Respon: kooperatif dan tidak ada tanda-tanda penolakan saat tindakan</b></p>		

<b>17-03-2014</b>			
07.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital (TD, suhu, HR, SpO2 dan KU px)	S= - O=	
	<b>Respon: kooperatif</b>	• Secret banyak, reflek batuk masih belum adekuat	
07.15	- Melakukan suction pada mulut dan ET tube yang terpasang pada mulut pasien dan fisioterapi dada dengan clapping dan fibrating	• Pola nafas masih tetap kusmaul, • Klien masih terpasang EndoTracheal Tube dan O2 15tpm • SpiO2 = 95% • Tensi 120/68 mmHg, Hr 102x/menit, suhu 37,0°C, RR 29x/mnt	
	<b>Respon: pasien masih belum mampu batuk dan menelan efektif</b>		
07.30	- Memberikan diet nutrisi (susu) melalui sonde 250 cc dan retensi 12cc	• Prod urin foley cath ± 2400cc/24 jam • Jumlah retensi 130cc/ 8 jam • Kejang (-), muntah (-)	
	<b>Respon: kooperatif, dan tidak ada tanda-tanda muntah</b>	A= Masalah teratasi sebagian	
08.00	- Menyeka dan melakukan oral hygiene pada pasien	P= Intervensi dilanjutkan	



09.00	<p><b>Respon: kooperatif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji penyebab pasien tidak sadar kepada keluarga pasien, meongbservasi kesadaran pasien, dan reflek pupil terhadap cahaya</li> </ul>	sesuai observasi intensif dan intervensi di ruangan ICU	
09.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi keadaan umum, airway, SpiO2 dan tanda-tanda vital pasien</li> <li>- Memberikan posisi head up (15°)</li> </ul> <p><b>Respon: kooperatif</b></p>		
09.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan suction dan fisioterapi dada</li> </ul>		
09.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan obat sesuai terapi melalui sonde</li> </ul> <p><b>Respon: pasien kooperatif dan tidak menolak tindakan tersebut</b></p>		
10.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservai intake dan output per 24 jam</li> </ul>		

11.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan susu PE ±250cc melalui sonde dan retensi 50cc</li> <li>- Mengobservasi tanda-tanda vital (TD, suhu, HR, SpO2 dan KU px)</li> </ul> <p><b>Respon: kooperatif dan tidak ada tanda-tanda pasien muntah</b></p>		
12.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan suction dan fisioterapi dada dengan clapping dan fibrating</li> </ul>		
13.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi KU, TD, Suhu, Nadi, dan saturasi O2</li> <li>- Memberikan obat sesuai terapi melalui sonde</li> </ul> <p><b>Respon: kooperatif dan pasien belum mampu batuk dan menelan secara mandiri</b></p>		

<b>18-03-2014</b>			
06.30	- Mengobservasi tanda-tanda vital (TD, suhu, HR, SpO2 dan KU px)	S= - O=	
07.00	- Melakukan suction pada Endotracheal Tube dan fisioterapi dada dengan clapping dan fibrating  <b>Respon: kooperatif dan belum mampu batuk efektif</b>	• Secret mukopurulen banyak, reflek batuk masih inadkuat  • Pola nafas masih tetap kusmaul  • Tetap terpasang EndoTracheal Tube dan O2 15tpm	
07.30	- Memberikan diet susu PE ± 250cc dan retensi 100cc	• Pupil 4/6 respon terhadap cahaya melemah	
08.00	- Memberikan posisi head up kembali 15° dan	• SpiO2 = 94%	
08.15	mengobservasi keadaan umum pasien  <b>Respon: pasien kooperatif dengan tidak ada tanda penolakan saat tindakan</b>	• Tensi 118/78 mmHg, Hr 94x/menit, suhu 37,2°C, RR 29x/mnt  • Turgor kulit dingin, merah, kering dan CRT ±4 detik  • Prod urin foley cath ± 2200cc/24 jam	
09.00	- Menyeka dan melakukan oral hygiene	• Jumlah retensi 70cc/ 8 jam	

10.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan suction pada ETT dan fisioterapi dada dengan fibrating</li> <li>- Mengobservasi intake dan output per 24 jam</li> </ul> <p><b>Respon: kooperatif dan intake output terkontrol</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kejang (-), muntah (-)</li> </ul> <p>A= Masalah teratasi sebagian</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan sesuai observasi intensif dan intervensi di ruangan ICU</p>	
11.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi keadaan umum, tanda-tanda vital, dan saturasi O<sub>2</sub></li> <li>- Melakukan suction pada ETT dan fisioterapi dada dengan fibrating</li> </ul> <p><b>Respon: kooperatif dan TTV naik turun saat dilakukan tindakan dan reflek batuk masih lemah</b></p>		
11.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan diet susu PE ±250cc dan retensi 60cc</li> </ul>		
13.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengembalikan pasien dalam posisi anatomi</li> </ul>		
14.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan observasi</li> </ul>		

	keadaan umum dan status kesadaran pasien <b>Respon: pasien kooperatif dan keadaan umum tampak sama seperti sebelumnya.</b>		
--	---	--	--

Tabel 3.4 : Implementasi dan Evaluasi.