

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

Dalam karya ilmiah ini penulis memaparkan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada dua orang pasien kelolaan dengan diagnosis medis Stroke Hemoragik yang dilaksanakan pada tanggal 5 Mei 2021 dan 13 Mei 2021 di Ruang IGD RSUP Sanglah Denpasar.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Data keperawatan yang didapatkan pada dua pasien kelolaan terdapat pada tabel 1 di bawah ini :

**Tabel 1**  
**Data Keperawatan Kasus I dan II : Pasien dengan Stroke Hemoragik di**  
**IGD RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

Data Perawatan yang dikaji	Pasien I (Tn.M)	Pasien II (Tn.A)
1	2	3
Identitas	Nama : Tn.M RM : 21017xxx Usia : 67 tahun Jenis kelamin : Laki-laki Agama :Hindu Alamat : Kerobokan, Denpasar Barat Pendidikan : SD Pekerjaan : Tidak bekerja	Nama : Tn.A RM : 21019xxx Usia : 61 tahun Jenis kelamin : Laki-Laki Agama : Hindu Alamat : Ubung, Denpasar Utara Pendidikan : S1 Pekerjaan : Pensiunan PNS
Tanggal Masuk	5 Mei 2021	13 Mei 2021
Rumah Sakit		
Triase	P1	P1
Keluhan Utama	Mengalami penurun kesadaran ± 18 jam sebelum masuk rumah sakit	Penurunan kesadaran sejak ± 6 jam sebelum masuk rumah sakit dan kelemahan pada tubuh kiri
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi namun tidak rutin kontrol dan minum obat	Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 20 tahun yang lalu namun kadang lupa minum obat
Riwayat penyakit keluarga	Dikatakan bahwa istri Tn.M juga mengidap penyakit hipertensi. Riwayat penyakit lainnya disangkal.	Dikatakan bahwa di dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit tertentu seperti penyakit hipertensi, DM, jantung, dll.
Tanda-tanda vital	TD = 170/100 mmHg MAP = 123,33 mmHg N = 110 x/menit RR = 22x/menit S = 36,5°C SaO2 = 98%	TD = 160/100 mmHg MAP = 120 mmHg N = 121 x/menit RR = 24x/menit S = 36,8°C SaO2 = 96%

Kesadaran	Tingkat kesadaran somnolen GCS : E2V2M4 (8)	Tingkat kesadaran somnolen GCS : E2V2M5 (9)
Tingkat Nyeri	Skala nyeri : 7 (BPS)	Skala nyeri : 7 (BPS)
Data penunjang	Hasil CT-Scan kepala : <i>Intracerebral hemorrhage</i> dengan volume perdarahan ± 8,6 cc.	Hasil CT-Scan kepala : <i>Intracerebral hemorrhage</i> dengan volume perdarahan ± 4,7 cc disertai perifokal edema.
Diagnosis Medis	Stroke Hemoragik	Stroke Hemoragik
Terapi Dokter	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IVFD NaCl 0,9% 20 tpm</li> <li>2. Oksigen NRM 15 lpm</li> <li>3. Citicholin 250 gram tiap 12 jam</li> <li>4. Manitol 100 cc tiap 4 jam, tap off 100 cc tiap hari</li> <li>5. Captopril 25 mg tiap 8 jam</li> <li>6. Paracetamol 1000 mg tiap 8 jam</li> <li>7. Omeprazol 40 mg tiap 12 jam</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IVFD NaCl 0,9% 12 tpm</li> <li>2. Oksigen NRM 12 lpm</li> <li>3. Citicholin 250 mg tiap 12 jam</li> <li>4. Paracetamol 1000 mg tiap 8 jam</li> <li>5. Omeprazole 40 mg tiap 12 jam</li> </ol>
Data Fokus	DS : - DO : Tingkat kesadaran somnolen GCS : E2V2M4 (8) Tekanan darah : 170/100 mmHg MAP : 123,33 mmHg Tampak gelisah Skala nyeri = 7 ( <i>Behavior Pain Scale</i> ) Hasil CT-scan : <i>Intracerebral hemorrhage</i> dengan volume perdarahan ± 8,6 cc.	DS : - DO : Tingkat kesadaran somnolen GCS : E2V2M5 (9) Tekanan darah : 160/100 mmHG MAP : 120 mmHg Tampak cukup gelisah Skala nyeri : 7 ( <i>Behavior Pain Scale</i> ) Hasil CT-scan : <i>Intracerebral hemorrhage</i> dengan volume perdarahan ± 4,7 cc disertai perifokal edema.

## B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data perawatan yang telah dikumpulkan maka selanjutnya dilakukan analisa data untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang dialami oleh

kedua pasien kelolaan. Adapun Analisis data terhadap pasien kelolaan ada pada tabel 2 di bawah.

**Tabel 2**  
**Analisis Data Kasus I dan II : Pasien dengan Stroke Hemoragik di IGD**  
**RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

Analisa Data	Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
Pasien I (Tn.M)	DS : - DO : Tingkat kesadaran somnolen GCS : E2V2M4 (8) Tekanan darah : 170/100 mmHg MAP : 123,33 mmHG Tampak gelisah Skala nyeri = 7 ( <i>Behavior Pain Scale</i> ) Hasil CT-scan : <i>Intracerebral hemorrhage</i> dengan volume perdarahan ± 8,6 cc.	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif
Pasien II (Tn.A)	DS : - DO : Tingkat kesadaran somnolen GCS : E2V2M5 (9) Tekanan darah : 160/100 mmHG MAP : 120 mmHg Tampak cukup gelisah Skala nyeri = 7 ( <i>Behavior Pain Scale</i> ) Hasil CT-scan : <i>Intracerebral hemorrhage</i> dengan volume perdarahan ± 4,7 cc disertai perifokal edema.	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif

Berdasarkan analisa data maka dapat dirumukaan diagnosis keperawatan pada kasus kelolaan yang mencakup komponen masalah dan faktor resiko seperti pada tabel 3 di bawah.

**Tabel 3**  
**Diagnosis Keperawatan Kasus I dan II : Pasien dengan Stroke Hemoragik di IGD RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

<b>Diagnosis</b>	<b>Pasien I (Tn.M)</b>	<b>Pasien II (Tn.A)</b>
<b>Keperawatan sesuai SDKI</b>	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

### **C. Perencanaan Keperawatan**

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kedua pasien kelolaan, maka ditetapkan perencanaan keperawatan seperti pada tabel 4 di bawah.

**Tabel 4**  
**Perencanaan Keperawatan Kasus I dan II : Pasien dengan Stroke Hemoragik di IGD RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

Perencanaan Keperawatan	Hari/ Tanggal	Tujuan & kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4
Pasien I (Tn.M)	Rabu, 5 Mei 2021	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 4 jam maka Perfusi Serebral meningkat dengan kriteria hasil: Perfusi Serebral (L.02014) 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Sakit kepala menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 5. Tekanan darah sistolik membaik (5) 6. Tekanan darah diastolik membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) 1) Observasi a) Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) b) Monitor MAP ( <i>Mean Arterial Pressure</i> ) c) Monitor status pernapasan 2) Terapeutik a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang b) Berikan posisi <i>head up</i> 30° c) Hindari pemberian cairan IV hipotonik (berikan cairan NaCl 0,9% 20 tpm) d) Pertahankan suhu tubuh normal 3) Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (manitol 100 cc tiap 4 jam tap off 100 cc tiap hari) b) Kolaborasi pemberian obat citicholin 250 mg tiap 12 jam (IV)
Pasien II (Tn.A)	Kamis, 13 mei 2021	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 4 jam maka Perfusi Serebral meningkat dengan kriteria hasil: Perfusi Serebral (L.02014) 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Sakit kepala menurun (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) 1) Observasi a) Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)

- 
- |   |  |
|---|--|
| 3. Gelisah menurun (5)                  | b) Monitor MAP ( <i>Mean Arterial Pressure</i> )                           |
| 4. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) | c) Monitor status pernapasan   |
| 5. Tekanan darah sistolik membaik (5)   | 2) Terapeutik  |
| 6. Tekanan darah diastolik membaik (5)  | a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang           |
|   | b) Berikan posisi <i>head up</i> 30°                                       |
|   | c) Hindari pemberian cairan IV hipotonik (berikan cairan NaCl 0,9% 12 tpm) |
|   | d) Pertahankan suhu tubuh normal   |
|   | 3) Kolaborasi  |
|   | a) Kolaborasi pemberian obat citicholin 250 mg tiap 12 jam (IV)            |
- 

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi keperawatan pada Pasien I dilakukan pada hari Rabu tanggal 5 Mei 2021 mulai pukul 15.30 WITA sampai dengan 19.30 WITA di Ruang IGD RSUP Sanglah. Implementasi keperawatan pada Pasien II dilakukan pada hari Kamis tanggal 13 Mei 2021 mulai pukul 12.30 WITA sampai dengan 15.30 WITA di Ruang IGD RSUP Sanglah. Implementasi keperawatan pada kedua pasien kelolaan dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 5**  
**Implementasi Keperawatan Kasus I dan II : Pasien dengan Stroke Hemoragik di IGD RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

Implementasi	Evaluasi Formatif	
	Pasien I (Tn.M)	Pasien II (Tn.A)
1	2	3
Memonitor status pernapasan	DS : - DO : Pola napas abnormal (takipnea), bunyi napas snoring, tidak mampu batuk efektif, terdapat hipersekresi saliva, terdapat otot bantu napas, sputum (-), SaO <sub>2</sub> = 98 %, ekspansi paru simetris.	DS : - DO : Pola napas abnormal (takipnea), bunyi napas snoring, tidak mampu batuk efektif, terdapat otot bantu napas sputum (-), SaO <sub>2</sub> = 96 %, ekspansi paru simetris.
Memberikan posisi <i>head up</i> 30°	DS : - DO :	DS : - DO :
1. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang	Posisi kepala tempat tidur pasien dielevasi setinggi 30°, leher lurus dan tidak bengkok (fleksi/ekstensi).	Posisi kepala tempat tidur pasien dielevasi setinggi 30°, leher lurus dan tidak bengkok
2. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar	Setelah 4 jam pemberian posisi, kepala pasien diharuskan kembali ke posisi datar karena akan diintubasi untuk pemasangan alat bantu napas sebelum dilakukan operasi <i>craniotomy</i> .	(fleksi/ekstensi). Selama pelaksanaan terdapat interupsi karena pasien harus menjalani pemeriksaan rontgen thoraks yang menyebabkan posisi leher pasien berubah selama beberapa saat.
3. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi		
4. Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30°		
Menghindari pemberian cairan (memberikan cairan NaCl 0,9%)	DS : - DO : Cairan infus terpasang dengan kecepatan aliran 20 tpm	DS : - DO : Cairan infus terpasang dengan kecepatan aliran 12 tpm
Melaksanakan pemberian obat delegasi	DS : - DO : Obat mannitol 100 cc dan cithicolin 250 mg masuk melalui IV, reaksi alergi tidak ada	DS : - DO : Obat cithicolin 250 mg masuk melalui IV, reaksi alergi tidak ada

Memonitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)	DS : - DO : Kesadaran somnolen, TD = 160/80 mmHg, N = 114 x/menit, RR = 22 x/menit, pola napas irregular, muntah proyektil (-), kejang (-), tampak sesak, edema (-), ortopnea (-), hasil EKG : Sinus Takikardia.	DS : - DO : Kesadaran somnolen, TD = 150/80 mmHg, N = 106 x/menit, RR = 24 x /menit, pola napas irregular, muntah proyektil (-), kejang (-), , x tampak sesak, edema (-), ortopnea (-), hasil EKG : Atrial fibrillation
Memonitor MAP ( <i>Mean Arterial Pressure</i> )	DS : - DO : MAP = 106,67 mmHg	DS : - DO : MAP = 103,33 mmHg
Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	DS : DO : Pasien tampak cukup tenang, jumlah penunggu 2orang, pasien diberi privasi	DS : DO : Pasien tampak tenang, jumlah penunggu 1 orang, pasien diberi privasi

## E. Evaluasi Keperawatan

### 1. Evaluasi sumatif

Hasil evaluasi keperawatan pada kedua pasien keloloaan setelah diberikan intervensi keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 6**  
**Evaluasi Keperawatan Kasus I dan II : Pasien dengan Stroke Hemoragik**  
**di IGD RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

Pasien I (Tn.M)	Pasien II (Tn.A)
S : -	S : -
O : KU lemah, GCS = E2V2M5 (9), kesadaran somnolen, muntah (-), kejang (-), gelisah (-), reflek pupil (+/+) pola napas abnormal (takipnea), saturasi 96% dengan NRM 15 lpm, terpasang OPA, N=100x/menit, MAP = 106,67 mmHG RR = 22 x /menit, TD =160/80 mmHg, S = 36,5°C, skala nyeri = 7 ( <i>Behavior Pain Scale</i> ) Tekanan darah sistolik membaik Tekanan darah diastolik membaik Tekanan arteri rata-rata membaik Gelisah menurun	O : KU lemah, kontak inadkuat, GCS = E3V3M5 (11), kesadaran somnolen, muntah (-), kejang (-), gelisah (-), reflek pupil (+/+) pola napas abnormal (takipnea), saturasi 98% dengan NRM 12 lpm, terpasang OPA, N=113x/menit, MAP = 103 mmHG RR = 22 x /menit, TD =150/80 mmHg, S = 36,8°C. kala nyeri = 6 ( <i>Behavior Pain Scale</i> ) Tekanan darah sistolik membaik Tekanan darah diastolik membaik Tekanan arteri rata-rata membaik Gelisah menurun
A : Resiko perfusi serebral tidak efektif	A : Resiko perfusi serebral tidak efektif
P : 1. Monitor tanda gejala peningkatan tekanan intrakranial 2. Lanjutkan terapi manitol 100 cc/4jam tap off 100 cc/hari, citicholin 250 mg/12 jam 3. Rencana operasi craniotomy	P : 1. Monitor tanda gejala peningkatan tekanan intrakranial 2. Berikan posisi <i>head up</i> 30° 3. Lanjutkan terapi citicholin 250 mg/12 jam 4. Berikan anti edema bila GCS turun > 2 poin

## 2. Evaluasi intervensi posisi *head up* 30°

Setelah diberikan intervensi posisi *head up* 30° selama 4 jam, adapun hasil evaluasi pada kedua pasien kelolaan dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 7**  
**Evaluasi Pemberian Intervensi Posisi Head Up 30° pada Kasus I dan II :**  
**Pasien dengan Stroke Hemoragik di IGD RSUP Sanglah Denpasar Tahun**  
**2021**

Pasien I (Tn.M)	Pasien II (Tn.A)
S : -	S : -
O : Kesadaran masih tetap somnolen, GCS meningkat pada komponen motorik menjadi E2V2M5 (9), tekanan darah membaik menjadi 160/80 mmHg, MAP membaik menjadi 106,67 mmHg, pasien sudah tidak tampak gelisah, skala nyeri masih tetap 7 dan tidak ada muntah proyektil	O : Tingkat kesadaran masih tetap somnolen, namun GCS meningkat menjadi E3V3M5 (11), tekanan darah membaik menjadi 150/80 mmHg, MAP membaik menjadi 103 mmHg, pasien sudah tidak tampak gelisah, skala nyeri menurun menjadi 6, dan tidak ada muntah proyektil.
A : Resiko perfusi serebral tidak efektif	A : Resiko perfusi serebral tidak efektif
P : 1. Monitor tanda gejala peningkatan tekanan intrakranial 2. Rencana operasi <i>craniotomy</i>	P : 1. Monitor tanda gejala peningkatan tekanan intrakranial 2. Berikan posisi <i>head up</i> 30°