

## **BAB IV**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

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

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada hari Rabu, 27 April 2022 pukul 09.45 WITA didapatkan identitas pasien Tn. A berumur 53 tahun, jenis kelamin laki - laki, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan pemotong ayam, dengan diagnosis medis SH (ICH). Tn. A masuk rumah sakit pada tanggal 24 April 2022 pukul 17.09 WITA diantar oleh keluarga menuju IGD RSD Mangusada. Pasien datang dalam kondisi sadar dengan keluhan lemas, muntah pada saat beraktivitas di rumah  $\pm$  30 menit sebelum masuk rumah sakit, setelah muntah pasien bicara pelo, kesemutan dan lemah separuh tubuh kanan. Tekanan darah pasien 200/100 (hipertensi emergency), N: 88, RR: 20, S: 36,7<sup>o</sup>C. Pasien mendapat perawatan intensive terlebih dahulu di HCU Puspanjali sampai tanggal 26 April 2022, kemudian dipindahkan ke ruang Legong untuk perawatan lanjutan.

Pengkajian data subjektif dan data objektif didapatkan pasien mengeluh lemas dan kesemutan pada bagian tubuh sebelah kanan. Pengkajian pada sirkulasi; suhu : 36,6<sup>o</sup>C, pernafasan : 20 x/menit, nadi : 78 x/menit, tekanan darah : 187/98 mmHg, turgor kulit < 3 detik, membran mukosa kering, kulit tidak pucat, saturasi 98% (tanpa oksigen), dan akral hangat.

#### **B. Diagnosis Keperawatan**

Perumusan diagnosis keperawatan pada Tn. A menggunakan komponen Problem (P) dan Faktor Risiko. Bagian problem ditemukan masalah risiko perfusi

serebral tidak efektif dan pada faktor risiko ditemukan hipertensi. Berdasarkan data masalah keperawatan yang ditemukan, diagnosis keperawatan pada Tn. A dapat dirumuskan yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dibuktikan Dengan Faktor Risiko Hipertensi.

### **C. Rencana Keperawatan**

Dalam penelitian ini dilakukan perencanaan asuhan keperawatan untuk mengatasi risiko perfusi serebral tidak efektif pada pasien Stroke Hemoragik. Dimana rencana keperawatan Tn. A sebagai berikut :

#### 1. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka **Perfusi Serebral** Meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Tingkat kesadaran meningkat (5)
- b. Tekanan arteri rata-rata membaik (5)
- c. Tekanan intra kranial membaik (5)
- d. Tekanan darah sistolik membaik (5)
- e. Tekanan darah diastolic membaik (5)

#### 2. Rencana tindakan

Intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah risiko perfusi serebral tidak efektif pada Tn. A sebagai berikut :

- a. Intervensi utama dengan label **Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial**
  - 1) Observasi
    - a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

- b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)
- c) Monitor status pernapasan
- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Terapeutik
- f) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- g) Berikan posisi semi-fowler
- h) Hindari maneuver valsava
- i) Cegah terjadinya kejang
- j) Hindari penggunaan PEEP
- k) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- l) Pertahankan suhu tubuh normal
- m) Pemberian tindakan nonfarmasi pijat *Slow Stroke Back Massage*
- 2) Kolaborasi
  - a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
  - b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- b. Intervensi utama dengan label **Pemantauan Tekanan Intrakranial**
  - 1) Observasi
    - a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi, intracranial idiopatik)
    - b) Monitor peningkatan TD
    - c) Monitor iregularitas irama napas
    - d) Monitor penurunan tingkat kesadaran

- e) Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK
- 2) Terapeutik
  - a) Pertahankan posisi kepala dan leher netral
  - b) Dokumentasikan hasil pemantauan
- 3) Edukasi
  - a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
  - b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
- c. Intervensi pendukung dengan label **Pemberian Obat**

*Observasi*

- 1) Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat
- 2) Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi
- 3) Periksa tanggal kadaluarsa obat
- 4) Monitor tanda vital dan laboratorium sebelum pemberian obat, jika perlu
- 5) Monitor efek terapeutik obat
- 6) Monitor efek samping, toksisitas dan interaksi obat

*Terapeutik*

- 1) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat
- 2) Hindari interupsi saat mempersiapkan, memverifikasi, atau mengelola obat
- 3) Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi)
- 4) Fasilitasi minum obat
- 5) Tanda tangani pemberian narkotika, sesuai protokol
- 6) Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat

*Edukasi*

- 1) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian
- 2) Jelaskan faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan efektifitas obat

d. Intervensi inovasi

Intervensi inovasi yang diberikan pada Tn. A untuk menurunkan tekanan darah yaitu pemberian pijat *Slow Stroke Bak Massage* (SSBM).

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

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 27-29 April 2022 di Ruang Legong RSD Mangusada.

Implementasi keperawatan yang sudah dilakukan pada Tn.A untuk mengatasi masalah risiko perfusi serebral tidak efektif pada Tn.A yaitu memonitor tanda – tanda vital (tekanan darah, suhu, nafas, respirasi, nadi, memonitor adanya peningkatan TIK (mual, muntah, kesadaran menurun), memonitor MAP, pemberian obat, menyediakan lingkungan yang nyaman, mempertahankan posisi semi fowler, pemberian obat – obatan farmasi, melakukan mobilisasi dini, memberikan terapi pijat SSBM. Proses implementasi lebih rinci dapat dilihat pada lampiran.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam pada Tn. A dengan Sroke Hemoragik (ICH). Evaluasi dilakukan pada tanggal 29 April 2022 pukul 19.30 wita yaitu perfusi serebral meningkat dibuktikan pada data subjektif pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala maupun sesak dan demam,

pasien kadang masih merasa kesemutan pada tubuh bagian kanan tetapi bisa menggerakannya, pasien sekarang sudah merasa lebih baik dan tidak merasa lemas seperti sebelumnya. Data objektif pasien tampak tirah baring dalam posisi semi fowler, kesadaran compos mentis dengan GCS 15 (E 4 V 5 M 6), tekanan darah sudah terkontrol (TD : 130/70 mmHg, Nadi : 72x/menit regular, RR : 18 x/menit vesikuler, Suhu : 36,2°C, SaO<sub>2</sub> : 99%, MAP: 90 mmHg). Assesment risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi. Planning pertahankan kondisi pasien, posisikan pasien semi fowler, cegah agar tidak terjadi kejang, pertahankan pernapasan dan suhu tubuh pasien dalam batas normal.