

BAB III

GAMBARAN KASUS

A. PENGKAJIAN

Dari hasil pengkajian didapatkan pasien Ny. N umur 44 tahun, berjenis kelamin Perempuan, beragama Islam, dengan status perkawinan menikah, Pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, suku Dayak, tanggal masuk rumah sakit 6 Juli 2024 jam 22:49 wita, dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik, keluhan utama mengalami kaki dan tangan tremor. Keluhan saat masuk rumah sakit: pasien datang ke IGD Rumah Sakit Suaka Insan dengan keluhan tangan dan kaki tremor mulai kemaren, nafas berat, kepala terkadang pusing, pasien tampak gelisah, tanda-tanda vital: TD: 210/123 mmHg; N:92 x/m; Rr: 20 x/m; T: 37°C; Spo²: 97%.

pada hari Rabu, 8 Juli 2024 dilakukan pengkajian oleh mahasiswa, DS: pasien mengatakan tangan dan kaki masih tremor tetapi sudah berkurang, tidur nyenyak, kadang-kadang pusing, sulit menelan, gelisah dan hipertensi tidak terkontrol kurang lebih 6 bulan. DO: pasien tampak duduk tetapi gelisah dan batuk setelah menelan makanan.

Pasien merupakan anak pertama dari 5 bersaudara, 2 perempuan dan 3 laki-laki. Ayah dari pasien sudah meninggal dan ibu pasien masih hidup yang juga mempunyai riwayat penyakit hipertensi, saudara-saudara pasien semua masih hidup. Pasien mempunyai 3 orang anak perempuan, pasien tinggal serumah bersama suami dan anak-anaknya. Pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi tidak terkontrol selama 6 bulan terakhir. Pasien sebelumnya pernah masuk rumah sakit karena melahirkan ke-3 anaknya dilakukan secara SC, pasien tidak memiliki alergi obat atau makanan.

Pemeriksaan fisik didapatkan: pasien tampak gelisah, kesadaran composmentis (GCS: E₄V₅M₆), TTV: 120/80 mmHg; N: 63 x/m; Rr: 20 x/m; T: 36,4 °C; Spo₂: 99 %. Pemeriksaan kepala dan leher: Kepala: kulit kepala bersih, lesi (-); Mata: konjungtiva tidak anemis, reflek cahaya ++,

mines (-); Hidung: benjolan (-), secret (-), nyeri tekan (-), cuping hidung (-); Mulut & Tenggorokan: mukosa bibir lembab, tidak ada peradangan pada tenggorokan; telinga: secret (-), pendengaran (+); leher: kelenjar tiroid (-), pembekakan (-). Pemeriksaan dada/thorax: Paru: Inspeksi: tidak ada tambahan otot dada, (espansi) pergerakan dinding dada sama, bengakak (-); Palpasi: simetris, nyeri tekan (-), prepitasi (-); auskultasi: vesikuler, suara napas tambahan (-); Perkusi: sonor. Jantung: Inspeksi: tidak dapat sianosis; palpasi: iktus kordis ics 5, akral teraba hangat; auskultasi: S1, S2: lub dub single regular; perkusi: batas atas: ICS II line sternal dekstra, batas bawah: ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan: ICS III line sternal dektra, batas kiri: ICS III line sternal sinistra. Pemeriksaan abdomen: Inspeksi: terdapat bekas luka sc, stretch mark (+); palpasi: benjolan (-), nyeri tekan (-); auskultasi: bising usus (+) 5 5x/m; perkusi: timpani. Pemeriksaan ekstermitas normal tidak ada kelemahan otot. Pemeriksaan 12 saraf kranial didapati masalah pada N X yaitu Nervus *Vagus* dimana pasien mengalami kesulitan menelan.

Pemeriksaan penunjang pada Ny. N ditemukan pemeriksaan laboratorium pada 7 juli 2024: natrium mengalami penurunan yaitu 133 umol/L dan kalium mengalami penurunan 3.1 umol/L. pemeriksaan radiologi CT-Scan kepala pada 8 juli 2024 ditemukan: *Acut Infarct right Cerebellum*.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Dari masalah yang ditemukan berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh penulis, maka penulis menetapkan diagnosa keperawatan pertama resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan infark serebral. Dengan data subjektif: tangan dan kaki tremor, kadang-kadang pusing, sulit menelan, dan gelisah. Data objektif: pasien tampak duduk tetapi gelisah, batuk setelah menelan makanan, dan hipertensi tidak terkontrol selama 6 bulan, Hasil CT-Scan: *Acut Infarct right Cerebellum*,

tanda-tanda vital: Td: 120/80 mmHg; N: 63 x/m; Rr: 20 x/m; T: 36,4 °C; Spo²: 99%.

Diagnosa keperawatan kedua yang diangkat yaitu kesulitan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis nervus *Vagus* d.d batuk setelah menelan makanan. Data subjektif ditemukan: pasien mengatakan sulit ketika menelan. Data objektif: pasien tampak batuk setelah menelan makanan

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu ketidakpatuhan berhubungan dengan pengobatan komplek/lama ditandai dengan perilaku tidak mengikuti program pengobatan. Data subjektif ditemukan: pasien mengatakan 6 bulan terakhir tidak mengkonsumsi obat HT. Data objektif: pasien tidak minum obat 6 bulan terakhir.

Dari masalah keperawatan yang muncul penulisan akan mengambil satu diagnosa keperawatan yang akan dibahas pada bab selanjutnya sebagai penanganan utama yang dapat membahayakan pasien, penulis menetapkan masalah keperawatan utama pada Ny. N yaitu resiko perfusi serebral berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Rencana keperawatan yang ingin dilakukan kepada Ny. N dengan diagnosa keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial: identifikasi penyebab peningkatan TIK, kaji GCS dan kesadaran pasien, observasi dan catat tanda-tanda vital pasien, berikan posisi kepala 30-45 derajat lebih tinggi dari letak jantung, ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi cairan intravena dan obat-obatan. Dimana penulis menggunakan intervensi berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Kesulitan menelan dengan rencana keperawatan yang dilakukan pada Ny. N yaitu dukungan perawatan diri makan/minum: monitor

kemampuan menelan, ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan, atur posisi yang nyaman untuk makan/minum.

Ketidakpatuhan dengan rencana keperawatan yang dilakukan pada Ny. N yaitu dukungan kepatuhan program pengobatan: identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik, informasikan program pengobatan yang harus dijalani, informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan, anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan, anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan Kesehatan terdekat, jika perlu.

D. IMPLEMENTASI

Implementasi yang diberikan penulis dalam gambaran kasus di bab ini yaitu pada masalah keperawatan utama dengan resiko perfusi serebral tidak efektif. Implementasi mulai pada hari senin, 8 juli 2024, berdasarkan rencana yang telah disusun tindakan diberikan berdasarkan kebutuhan dan keadaan pasien.

Diagnosa keperawatan yang utama yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif. Tindakan dilakukan dengan mengkaji penyebab peningkatan TIK pada jam 10.00 Wita (melakukan CT-Scan), mengkaji GCS dan tingkat kesadaran pasien pada jam 07.30 wita (ditemukan Composmentis (GCS: E₄V₅M₆)). mengobservasi TTV pasien pada jam 07.30 wita (ditemukan TD: 120/80 mmHg; N: 63 x/m; Rr: 20; T: 36,4 °C; Spo²: 99 %). memberikan posisi kepala 30-45 derajat lebih tinggi dari jantung (rujukan artikel ilmiah dari, Kusuma *et al*, 2021; Falah *et al*, 2023; J *et al*, 2023) pada jam 07.50 wita (memberikan posisikan tempat tidur pasien bagian kepala lebih tinggi 30-45 derajat). menciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung dengan menyediakan mengatur suhu ruangan 22°C dan memberitahu keluarga untuk membatasi pengunjung pada jam 07.55 wita. mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi cairan intravena

dan obat-obatan pada jam 08.10 wita dengan memberikan A-B Vask 10 mg (PO), pumpisel 40 mg (IV), KSR 600 mg (PO).

Pada hari selasa, 9 juli 2024, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji GCS dan kesadaran pasien, mengobservasi dan catat tanda-tanda vital pasien, memberikan posisi kepala 30-45 derajat lebih tinggi dari jantung, kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi cairan intravena dan obat-obatan sesuai program dokter.

E. EVALUASI DAN CATATAN PERKEMBANGAN

Selama dilakukan tindakan asuhan keperawatan dari tanggal 8 juli 2024-9 juli 2024, pasien membaik dengan ada perubahan. Evaluasi pada hari senin, 8 juli 2024 dengan diagnosa keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif, hasil implementasi yaitu S: Pasien mengatakan tremor berkurang, nyeri kepala berkurang dan gelisah sudah mulai berkurang. O: Pasien tampak berbaring dan gelisah dengan posisi 40 derajat. TTV: TD: 130/90 mmHg; N: 73 x/m; Rr: 20 x/m; Spo2: 99%. A: masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan, kaji GCS dan kesadaran pasien, observasi dan catat tanda-tanda vital pasien, berikan posisi kepala 30-45 derajat lebih tinggi dari jantung, kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi cairan intravena dan obat-obatan sesuai program dokter.

Pada hari selasa, 9 juli 2024 hasil evaluasi adalah S: Pasien mengatakan: tidur nyaman, tremor sudah tidak ada, tidak gelisah lagi, pusing sudah tidak ada, sulit menelan sudah tidak ada lagi. O: pasien tampak tenang dan berbaring posisi 35 derajat lebih tinggi dari jantung, sudah tidak batuk setelah menelan, TTV: TD: 120/90 mmHg; N: 79 x/m; Rr: 20 x/m; T: 36,4°C; Spo2: 99 %. A: resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi, P: intervensi dihentikan, I: -, E: pasien pulang pada jam 17.00 Wita.