

BAB III

GAMBARAN KASUS

A. Pengkajian

Pada hari sabtu, 06/07/2024, seorang pasien laki-laki berinisial Tn.A usia 60 tahun datang ke IGD Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin. Pasien berjenis kelamin laki-laki, status pernikahan kawin, beragama islam, suku banjar, kewarganegaraan indonesia. bahasa yang digunakan pasien sehari-hari adalah bahasa indonesia dan bajar. pendidikan terakhir pasien adalah SD. Pekerjaan pasien adalah wiraswasta. Pasien datang diantar keluarga menggunakan kendaraan pribadi karena sudah 1 minggu tubuh pasien pada bagian sebelah kiri mengalami kelemahan, bicara tidak jelas, dan sakit kepala. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa sebelumnya pasien pernah berobat di klinik dokter zarnuddin.

Saat dilakukan pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien masih nampak gelisah tidak dapat tidur dengan tenang, dan banyak air liur pasien yang mengalir saat pasien tidur dan pasien tidak bisa menelan dari data objektif pasien terlihat lemah, kesadaran pasien apatis, terlihat pasien terpasang NGT dan Urien kateter warna urine kemerahan.

Dari pemeriksaan fisik pasien kesadaran apatis dengan GCS E4, M1, V3 untuk tanda-tanda vital T: 36°C, P: 75x/menit, R: 19 x/menit BP: 150/74 mmHg. Pada area fisik pasien terpasang NGT bibir tampak kering berwarna merah muda terdapat jamur pada bagian lidah. Pasien juga terpasang urien kateter karena tidak dapat melakukan toileting secara mandiri dan perlunya dilakukan pemantauan input output. terdapat kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri Pada pengkajian pola aktivitas dan latihan pasien didapatkan pasien masuk dalam kategori ketergantungan total karena tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Pada hasil CT Scan kepala pada pasien terlihat terjadinya penyumbatan dengan hasil infark subakut di subcortical kanan/kiri, pons, periventrikuler ki dan cerebellum kanan, berdasarkan data ini maka diagnosa keperawatan yang diangkat adalah Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi oksigen ke otak.

Dalam prosedur pemeriksaan diagnostik, hasil pemeriksaan laboratorium Tn.A glukosa darah sewaktu 210 mg/dL untuk pemeriksaan lainnya masih dalam batas normal.

B. Analisa Data

Berdasarkan data yang didapatkan dari pengkajian, Keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya sering mengalami sakit kepala yang berlebih dan pasien langsung mengalami penurunan kesadaran di rumah. Dari data objektif terjadi Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra, Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M1, V3, ROM : kanan atas 5, kanan bawah 5, kiri atas 1, kiri bawah 1. TTV T: 36°C, P: 75 x/menit, R: 19 x/menit, BP: 150/74 mmHg. Pada hasil CT Scan kepala pada pasien terlihat terjadinya penyumbatan dengan hasil infark subakut di subcortical kanan/kiri, pons, periventrikuler ki dan cerebellum kanan, berdasarkan data ini maka diagnosa keperawatan yang diangkat adalah Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi oksigen ke otak.

C. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisa data data maka diagnosa keperawatan yang diangkat pada Tn.A dengan SNH adalah Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi oksigen ke otak.

D. Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan yang digunakan menggunakan Nanda NIC NOC.

NOC:

a. Circulation status Kriteria hasil:

- 1) Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan
- 2) Tidak ada ortostatikhiperte nsi
- 3) Tidak ada tandatanda peningkatan tekanan intrakranial

b. Perfusi jaringan: serebral

Kriteria hasil:

- 1) Mempertahankan tekanan intrakranial
- 2) Tekanan darah dalam rentang normal

- 3) Tidak ada nyeri kepala
- 4) Tidak ada muntah
- 5) Memonitor tingkat kesadaran

NIC:

Oxygen Therapy

1. Periksa mulut, hidung, dan sekret trakea
2. Pertahankan jalan napas yang paten
3. Atur peralatan oksigenasi
4. Monitor aliran oksigen
5. Pertahankan posisi pasien
6. Observasi tandatanda hipovekilasi
7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Monitoring Peningkatan Intrakranial

1. Monitor tekanan perfusi serebral
2. Catat respon pasien terhadap stimulasi
3. Monitor tekanan intrakranial pasien dan respon neurologi terhadap aktifitas
4. Monitor intake dan output cairan
5. Kolaborasi dalam pemberian antibiotic
6. Posisikan pasien pada posisi semi fowler
7. Minimalkan stimulasi dari lingkungan

Vital Sign Monitoring

1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR
2. Monitor vital sign saat pasien berbaring, duduk, dan berdiri
3. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
5. Monitor kualitas dari nadi
6. Monitor frekuensi dan irama pernapasan
7. Monitor pola pernapasan abnormal
8. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
9. Monitor sianosis perifer

10. Monitor adanya cushling triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)

11. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign

Dari intervensi yang digunakan menggunakan Nanda Nic Noc menggunakan intervensi mempertahankan posisi pasien dengan posisi semi fowler 30°

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn.A pada tanggal 08 juli 2024 pasien dirawat di kamar maria 20 untuk mengatasi diagnosis gangguan perfusi jaringan serebral dimulai dengan mengkaji penyebab peningkatan TIK, mengkaji tingkat kesadaran, mengatur posisi kepala dan leher di tempat tidur pasien. Pada pergantian shift pasien di pindahkan ke ruang icu dimana pada tanggal 09 juli 2024 implementasi diberikan tambahan pada pasien yaitu pemberian manitol obat kandungan diuretik, untuk membantu mengurangi cairan yang menumpuk pada otak dan pemberian obat insulin 5 unit yang diberikan untuk mengontrol gula darah pasien. Pada tanggal 10 juli 2024 catatan perkembangan hari ke 3 memantau tekanan darah pasien, pengatur posisi kepala pasien, pemberian manitol obat kandungan diuretik, untuk membantu mengurangi cairan yang menumpuk pada otak dan pemberian obat insulin dengan pengecekan gula darah rutin pada pasien sehingga menentukan pemberian berapa unit yang diberikan ada pasien.

F. Evaluasi Keperawatan

Dari hasil evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan menunjukkan bahwa tindakan pemantauan tekanan intracranial dengan pemberian posisi kepala 30° memberikan adanya peningkatan saturasi oksigen pada pasien selama perawatan. Tanda-tanda vital pasien adalah suhu 36°C, Nadi 75 x/menit, respirasi 19 x/menit, SPO²: 98%, Tekanan darah 150/74 mmHg