

BAB 3

GAMBARAN KASUS KELOLAAN

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Nama Pasien : Ny. Y
Umur : 65 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT
No. RM : 00149xxx
Tanggal MRS : 19 Juli 2026
Tanggal Pengkajian : 19 Juli 2026
Ruang Perawatan : ICU II RSI Sakinah Mojokerto
Diagnosa Medis : CVA ICH (Stroke Hemoragik) Hemiparese Dextra

3.1.2 Riwayat Penyakit

NO	Pengkajian Riwayat Penyakit	Keterangan
1	Keluhan Utama	Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri di rumah habis subuh.
2	Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga pasien mengatakan awal kejadian tgl 19 juli 2026 di rumah sehabis sholat subuh, pasien selesai masak lalu tidur di kamar. Tiba-tiba pasien tidak sadar dan keluarga langsung membawa pasien ke IGD RSI Sakinah Mojokerto. Tiba di IGD RSI Sakinah pasien mendapatkan tindakan pemeriksaan fisik, laboratorium, foto thorax, CT Scan kepala dan didiagnosis CVA ICH Hemiparese Dextra. Pasien mendapatkan penanganan di IGD berupa pemasangan kateter urine, posisi <i>head up</i> 30 derajat dengan oksigen Simple Mask 8 LPM, infus PZ, injeksi Santagesik, dan injeksi

NO	Pengkajian Riwayat Penyakit	Keterangan
		Ranitidin. Setelah tindakan di IGD, pasien akhirnya MRS di ruang Sunan Bonang. Di ruang ICU pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 315 (E3V1M5) / Somnolen. Hasil tanda-tanda vital di ICU tercatat TD 169/77 mmHg, Nadi 60 x/menit, Suhu 36.5 °C, RR 14 x/menit, SpO2 100% terpasang O2 NRM 12 LPM.
3	Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi.
4	Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breathing*)

- a. Inspeksi : Bentuk hidung simetris, Jalan napas paten, tidak ada sumbatan sputum berlebih. Pernapasan spontan, irama reguler, frekuensi napas 14 x/menit. Pada hari pertama pengkajian di ICU pasien terpasang Oksigen Non-Rebreathing Mask (NRM) 12 L/menit, SpO2 100%. Tidak tampak retraksi dinding dada maupun penggunaan otot bantu napas.
- b. Palpasi : Vokal fremitus kanan dan kiri sama, ekspansi dada simetris, tidak terdapat nyeri tekan pada dinding dada.
- c. Perkusi : Bunyi sonor pada seluruh lapang paru.
- d. Auskultasi : Suara napas vesikuler, tidak terdengar ronki maupun wheezing.

2. B2 (*Blood*)

- a. Inspeksi : Tekanan Darah 169/77 mmHg, Mean Arterial Pressure (MAP) 107 mmHg. Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bibir tidak sianosis. Hasil laboratorium: leukosit 11.110/ μ L ($\uparrow$), neutrofil 72% ($\uparrow$), eosinofil 0,1% ($\downarrow$), hemoglobin 13,3

g/dL, hematokrit 41,5%, eritrosit 5,10 juta/ μ L, trombosit 302.000/ μ L.

- b. Palpasi : Nadi 60 x/menit, CRT < 2 detik, akral hangat, turgor kulit baik.
- c. Perkusi : Pekak fisiologis pada area jantung.
- d. Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, reguler, tidak terdengar murmur maupun gallop.

3. B3 (*Brain*)

- a. Inspeksi : Kesadaran somnolen, GCS E3V1M5 (Total = 9). Pupil isokor (3 mm / 3 mm), refleks cahaya (+/+). Wajah tampak asimetris dengan deviasi sudut mulut ke kanan (kelemahan wajah dextra).
- b. Saraf Kranial
 - N. I (Olfaktorius)*: Tidak dapat dikaji karena penurunan kesadaran.
 - N. II (Optikus)*: Pupil isokor, refleks cahaya positif.
 - N. III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen)*: Gerakan bola mata simetris.
 - N. V (Trigeminal)*: Refleks kornea (+/+).
 - N. VII (Fasialis)*: Paralisis fasialis dextra (wajah perot ke kanan).
 - N. VIII (Vestibulokoklearis)*: Tidak dapat dikaji
 - N. IX, X (Glosafaringeus, Vagus)*: Refleks menelan menurun.
 - N. XI (Aksesorius)*: Terdapat kelemahan anggota gerak sebelah kanan.
 - N. XII (Hipoglosus)*: Deviasi lidah ke arah kanan.
- c. Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada kepala.
- d. Perkusi : Refleks fisiologis : Refleks biseps menurun, refleks achilles menurun, refleks patologis belum dapat dievaluasi.

4. B4 (*Bladder*)

- a. Inspeksi : Pasien menggunakan kateter urine (Foley catheter). Urine berwarna kuning jernih dengan produksi sekitar $500/47 \times 24 = 500/1128 = 0,44$ mL/kgBB/jam. Hasil laboratorium: natrium 138 mmol/L, kreatinin 0,8 mg/dL, BUN 22,6 mg/dL ($\uparrow$).
- b. Palpasi : Tidak terdapat distensi vesika urinaria maupun nyeri tekan suprapubik.

5. B5 (*Bowel*)

- a. Inspeksi : Berat badan 47 kg, tinggi badan 155 cm. Pasien mendapat diit sesuai program medis karena penurunan kesadaran. Abdomen datar, tidak ada jejas/distensi. Pasien mendapat diet rendah garam. Mukosa bibir lembab.
- b. Auskultasi : Bising usus 10 kali/menit.
- c. Perkusi : Bunyi timpani pada seluruh lapang abdomen.
- d. Palpasi : Abdomen lunak, tidak terdapat massa, tidak ada nyeri tekan maupun pembesaran organ.

6. B6 (*Bone*)

- a. Inspeksi : Pasien mengalami hemiparese dextra (kelemahan ekstremitas kanan atas dan bawah). Pasien tirah baring total (bedrest) di ICU. Kulit utuh, tidak ada luka tekan (dekubitus). Kekuatan otot: ekstremitas atas 1/5, ekstremitas bawah 1/5
- b. Palpasi : Akral hangat, turgor kulit baik, tidak terdapat edema maupun nyeri tekan pada ekstremitas.

3.1.4 Penatalaksanaan Terapi

Penatalaksanaan / Terapi	Pagi (07.00/08.00)	Siang (13.00/14.00)	Sore/Malam (19.00/20.00)
Infus PZ Satoria 2000 cc / 24 jam	✓	✓	✓
Oksigenasi NRM 12 LPM (H1) → SM 8 LPM (H2-H3)	✓	✓	✓
Posisi <i>Head Up</i> 30 Derajat (Kontinu)	✓	✓	✓
Inj. Ceftriaxone 3 x 1 gram	✓	✓	✓
Inj. Santagesik 3 x 1 Amp	✓	✓	✓
Inj. Ondansetron 8 mg 3 x 1 Amp	✓	✓	✓
Inj. Ranitidin 2 x 1 Amp	✓	-	✓
Inj. Phenytoin 3 x 100 mg	✓	✓	✓
Candesartan Tab 16 mg (1 x sehari)	✓	-	-

3.2 Analisa Data

Tabel 3. 1 Analisa Data

DATA FOKUS	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN	TTD
DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri di rumah sehabis subuh. DO: - Diagnosa Medis: CVA ICH Hemiparese Dextra. Inspeksi :	Hipertensi & Ruptur Pembuluh Darah Serebral ↓ Perdarahan Intracerebral (CVA ICH) ↓	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	(Faiq)

DATA FOKUS	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN	TTD
- Kesadaran somnolen, GCS E3V1M5 (Total = 9). Pupil isokor (3 mm / 3 mm), refleks cahaya (+/+). Wajah tampak asimetris dengan deviasi sudut mulut ke kanan (kelemahan wajah dextra). - TTV: TD 169/77 mmHg MAP ; 107 Nadi 60 x/menit, RR 14 x/menit, Suhu 36,5 °C, SpO2 100% - Terpasang O2 NRM 12 LPM - Posisi <i>Head Up</i> 30°. - CT Scan Kepala: Perdarahan Intraserebral (ICH / Bleeding). - Kelemahan anggota gerak kanan (Hemiparese Dextra, kekuatan otot 1/1). - Parese N. VII dan N. XII. Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada kepala. Perkusi : Refleks biseps menurun, refleks achilles menurun	Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif		

3.3 Diagnosa Keperawatan

Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017) dibuktikan dengan faktor risiko Perdarahan Intraserebral (CVA ICH), Hipertensi (TD 169/77 mmHg), Edema Serebral, serta adanya penanda peningkatan tekanan intrakranial (penurunan kesadaran GCS E3V1M5, Nadi 60 x/menit).

3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3. 2 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
1.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017) Faktor Risiko: - Perdarahan Intraserebral (CVA ICH) - Hipertensi Sistemik - Edema Otak	SLKI (L.02014) Perfusi Serebral Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat (GCS membaik) 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah (MAP) membaik 5. Saturasi oksigen stabil (95% - 100%)	SIKI (I.06194) Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial & (I.02066) Pemantauan Neurologis Observasi: 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. penurunan kesadaran, TD meningkat, bradikardia). 2. Monitor status respirasi dan pola napas. 3. Monitor saturasi oksigen (SpO2) secara kontinu. 4. Monitor MAP dan tanda-tanda vital setiap jam. 5. Monitor tingkat kesadaran (GCS) dan respon pupil. Terapeutik: 1. Berikan posisi Head Up 30 derajat (elevasi kepala 30°) untuk meningkatkan drainase vena serebral dan menurunkan TIK. 2. Pertahankan posisi kepala dan leher netral (hindari fleksi/rotasi berlebihan). 3. Minimalkan stimulus lingkungan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
			dengan menyediakan suasana tenang di ICU. 4. Cegah terjadinya kejang (kolaborasi antikonvulsan). Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pemantauan pada keluarga pasien. Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian terapi oksigenasi: Hari 1 NRM 12 LPM, Hari 2 SM 8 LPM, Hari 3 SM 8 LPM. 2. Kolaborasi pemberian cairan IV Infus PZ Satoria 2000 cc/24 jam. 3. Kolaborasi pemberian medikasi IV (Inj. Ceftriaxone, Santagesik, Ondansetron, Ranitidin, Phenytoin) dan oral via NGT (Candesartan 16 mg).

3.5 Implementasi

Tabel 3. 3 Implementasi Keperawatan

Tanggal/Jam	No Diagnosa	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
19 Juli 2026 07.00 WIB 07.15 WIB 07.30 WIB 08.00 WIB 08.15 WIB	1	1. Memonitor tanda-tanda vital dan tingkat kesadaran pasien di ruang ICU. 2. Memberikan posisi <i>Head Up</i> 30 derajat pada tempat tidur pasien. 3. Melakukan kolaborasi pemberian oksigenasi via Non-Rebreathing Mask (NRM) 12 LPM. 4. Melakukan pemantauan TIK dan respon neurologis (GCS). 5. Melakukan kolaborasi pemberian terapi IV (Infus PZ 2000 cc/24 jam, Inj. Ceftriaxone 1 gr, Inj. Santagesik 1 amp, Inj. Ondansetron 8 mg, Inj. Ranitidin 1 amp, Inj. Phenytoin 100 mg). Pasien terpasang kateter urine menetap.	- Pasien K/U lemah, kesadaran Somnolen dengan GCS E3V1M5. - TD: 169/77 mmHg, MAP : 107 Nadi: 60 x/menit, RR: 14 x/menit, Suhu: 36,5 °C. - Pasien diposisikan <i>Head Up</i> 30 derajat. - SpO2: 100% terpasang O2 NRM 12 LPM. - tidak terdapat muntahan, kesadaran Somnolen dengan GCS E3V1M5. - Injeksi obat masuk via IV, tidak ada reaksi alergi.
20 Juli 2026 07.00 WIB 07.30 WIB 08.00 WIB 09.00 WIB	1	1. Memonitor status neurologis (GCS), tanda peningkatan TIK, dan TTV. 2. Mempertahankan posisi <i>Head Up</i> 30 derajat dan posisi leher netral.	- K/U lemah, kesadaran Somnolen (GCS E3V1M5). Pasien melokalisir nyeri. - TD: 150/80 mmHg, MAP : 103 Nadi: 64 x/menit, RR: 18 x/menit, Suhu: 36,4 °C. - SpO2: 99% terpasang O2

Tanggal/Jam	No Diagnosa	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
		3. Memberikan terapi oksigenasi via Simple Mask (SM) 8 LPM. 4. Mengatur lingkungan ICU yang tenang dan membatasi manipulasi berlebihan pada pasien. 5. Melakukan kolaborasi pemberian obat IV Inj. Ceftriaxone, Santagesik, Ondansetron, Ranitidin, Phenytoin, serta Candesartan 16 mg.	Simple Mask (SM) 8 LPM. - Elevasi kepala <i>Head Up</i> 30° konsisten dipertahankan. - Kelemahan ekstremitas kanan (Hemiparese Dextra) masih tampak, pupil isokor 3mm/3mm, RC (+/+). - Obat intravena dan obat sonde NGT masuk lancar.
21 Juli 2026 07.00 WIB 07.30 WIB 08.00 WIB 09.00 WIB	1	1. Memonitor tingkat kesadaran (GCS), TTV, dan keluhan neurologis. 2. Mempertahankan elevasi kepala <i>Head Up</i> 30 derajat. 3. Melanjutkan pemberian terapi oksigenasi via Simple Mask (SM) 8 LPM. 4. Mengevaluasi tanda-tanda vital dan kecukupan perfusi serebral. 5. Melakukan kolaborasi pemberian terapi obat IV	- K/U cukup, kesadaran Somnolen membaik dengan GCS E3V2M5 (pasien tampak lebih tenang dan ada respon /suara bergumam minimal). - TD: 145/80 mmHg, MAP : 102 - Nadi: 72 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 36,5 °C. - SpO2: 99% - 100% terpasang O2 Simple Mask (SM) 8 LPM. - Posisi <i>Head Up</i> 30° dipertahankan. - Pupil isokor 3mm/3mm, RC (+/+), tanda TIK membaik.

3.6 Evaluasi

Tabel 3. 4 Evaluasi Asuhan Keperawatan

Tanggal / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	TTD / Nama
20 Juli 2026 07.00 WIB (Hari Ke- 1)	S : - pasien mengalami penurunan kesadaran O : - Kesadaran Somnolen, GCS 315 (E3V1M5). - Pasien tampak gelisah - Refleks verbal tidak ada (afasia), merespon nyeri dengan melokalisir nyeri (M5). - TTV: TD 169/77 mmHg, MAP: 107, Nadi 60 x/menit, RR 14 x/menit, Suhu 36,5 °C. - SpO2: 100% terpasang O2 NRM 12 LPM - Pasien terpasang Kateter Urine, posisi <i>Head Up</i> 30° dipertahankan. - Terpasang Infus PZ , obat injeksi masuk. - Hemiparese Dextra (+), pupil isokor 3mm/3mm, RC (+/+). A : - Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif belum teratasi. P : 1. Monitor TTV, GCS, dan tanda peningkatan TIK secara berkala. 2. Pertahankan posisi <i>Head Up</i> 30 derajat. 3. Pertahankan oksigenasi Non Reabrething Mask 12 LPM 4. Pertahankan lingkungan tenang di ICU. 5. Lanjutkan kolaborasi terapi cairan infus PZ dan medikasi IV.	(Faiq)
21 Juli 2026 07.00 WIB (Hari Ke- 2)	S : - pasien masih belum bisa diajak berbicara O : - Pasien tampak lebih tenang gelisah berkurang - Kesadaran Somnolen, GCS E3V1M5. - TTV: TD 150/80 mmHg, MAP: 103, Nadi 64 x/menit, RR 18 x/menit, Suhu 36,4 °C. - SpO2: 99% terpasang O2 Simple Mask (SM) 8 LPM.	(Faiq)

Tanggal / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	TTD / Nama
	- Posisi <i>Head Up</i> 30° konsisten dipertahankan. - Hemiparese Dextra (+), refleks pupil isokor (+/+). - Urine output adekuat via kateter, balance cairan seimbang. A : - Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi sebagian. P : 1. Pemantauan TTV dan status neurologis (GCS) setiap shift. 2. Pertahankan posisi <i>Head Up</i> 30 derajat. 3. Pertahankan oksigenasi Simple Mask 8 LPM. 4. Lanjutkan kolaborasi terapi medis dan perbaikan perfusi serebral.	
22 Juli 2026 07.00 WIB (Hari Ke-3)	S : - pasien mulai tampak lebih tenang dan mengeluarkan suara erangan bergumam minimal saat dipanggil. O : - Kesadaran Somnolen membaik, GCS E3V2M5. - TTV: TD 145/80 mmHg, MAP: 102, Nadi 72 x/menit, RR 16 x/menit, Suhu 36,5 °C. - SpO₂: 99% - 100% terpasang O₂ Simple Mask (SM) 8 LPM. - Posisi <i>Head Up</i> 30° dipertahankan. - Akral hangat, pupil isokor 3mm/3mm. - Tidak terjadi perburukan neurologis atau tanda peningkatan TIK masif. A : - Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi sebagian. P : - Intervensi dilanjutkan di ICU dengan pemantauan ketat: 1. Pemantauan rutin TTV dan tingkat kesadaran GCS. 2. Pertahankan posisi elevasi kepala <i>Head Up</i> 30°.	(Faiq)

Tanggal / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	TTD / Nama
	3. Pertahankan pemberian oksigenasi Simple Mask 8 LPM. 4. Pertahankan pemeliharaan kebersihan kateter urine dan balance cairan. 5. Lanjutkan program medikasi IV sesuai advis DPJP.	

