

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran umum lokasi studi kasus

Studi kasus dilaksanakan di ruangan penyakit Dalam III RSUD Ende. Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruangan perawat, 1 ruangan farmasi, 1 ruangan gudang, 1 ruangan pantry dan 3 ruang perawatan.

Kasus-kasus yang dirawat di RPD III meliputi hipertensi, asma, pneumonia, anemia, DM, CHF, CKD, stroke hemoragik dan stroke non hemoragik dan kasus terbanyak 1 bulan terakhir adalah stroke dengan jumlah 17 orang dan yang kedua DM 12 kasus.

Kapasitas 18 tempat tidur yang terdiri dari ruangan A jumlah 7 tempat tidur, ruangan B 6 tempat tidur dan ruangan C 5 tempat tidur, dengan rata-rata tempat tidur yang terpakai dalam 1 bulan terakhir 90% dan dalam sehari yang dipakai sebanyak 17 tempat tidur.

Secara structural RPD III RSUD Ende terdiri atas 1 kepala ruangan yang dibantu 1 administrasi, 16 orang tenaga perawat, 2 orang cleaning servis dengan tindakan yang dilakukan perawat adalah berkolaborasi bersama dokter dan sesama teman perawat dalam pemberian obat, memberikan edukasi terkait kondisi pasien dengan keluarga pasien, melatih dan meningkatkan kesembuhan pasien.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 26 juni 2025

a. Pengumpulan data

1) Identitas

Studi kasus dilakukan pada Tn.D.M yang berusia 62 tahun di RSUD Ende ruangan penyakit dalam III. Pasien berjenis kelamin laki-laki, beragama katolik, sudah menikah, dengan pendidikan terakhir SD. Masuk ke RSUD Ende tanggal 23 juni 2025 dengan diagnose medis SNH. Pekerjaan petani, tinggal di desa tununalu kecamatan Detusoko. Penanggung jawab pasien yaitu Ny.D.R berumur 30 tahun sebagai anak mantu, bekerja sebagai petani, tinggal di desa tununalu kecamatan detusoko.

2) Status kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan di bagian tangan dan kaki sebelah kiri secara tiba-tiba, mulut mencong ke kiri dan tidak bisa berbicara kesulitan menelan dan kesadaran pasien menurun.

2) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 13 Mei 2025 Tn.D.M mengalami kelemahan tangan dan kaki di bagian kiri secara tiba-tiba, lalu keluarga pasien mengantar pasien ke RSUD Ende untuk melakukan pemeriksaan rawat jalan di RSUD Ende. Pada tanggal

23 Juni 2025 keluarga pasien mengantar kembali Tn. D.M ke RSUD Ende karena mengalami kelemahan separuh badan dan mulut mencong ke kiri .

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 13 Mei 2025 Tn.D.M mengalami kelemahan tangan dan kaki di bagian kiri secara tiba-tiba, lalu keluarga pasien mengantar pasien ke RSUD Ende untuk melakukan pemeriksaan rawat jalan di RSUD Ende dan mendapatkan atau dilakukan pemasangan infus RL 20 tpm, pemasangan masker oksigen dan keluarga pasien mengatakan mereka tidak mengetahui nama obat yang Tn.D.M dapatkan . Pada tanggal 23 Juni 2025 keluarga pasien mengantar kembali Tn. D.M ke RSUD Ende, di IGD dan mendapatkan pengobatan yang di berikan infus RL 20 tpm , catropil 25 mg 2x dan kateter no 16 karena mengalami kelemahan separuh badan dan mulut mencong ke kiri .

4) Upaya yang di lakukan

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 13 Mei 2025 Tn.D.M mengalami kelemahan tangan dan kaki di bagian kiri secara tiba-tiba, lalu keluarga pasien membantu menggosok minyak kayu putih pada kaki dan tangan pasien hingga pasien sadar setelah itu keluarga pasien langsung mengantar pasien ke RSUD Ende untuk melakukan pemeriksaan rawat jalan di RSUD Ende .

Pada tanggal 23 juni 2025 keluarga pasien mengantar kembali Tn. D.M ke RSUD Ende, di IGD dan mendapatkan pengobatan yang di berikan infus RL 20 tpm , catropil 25 mg 2x dan kateter no 16 karena mengalami kelemahan separuh badan dan mulut mencong ke kiri.

2) Status kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah di alami

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M ada riwayat penyakit hipertensi 3 tahun yang lalu dengan gangguan di bagian paru-paru dan HB juga rendah.

b) Pernah di rawat

Keluarga pasien mengatakan tidak di rawat cuman melakukan kontrol di dokter Roby di kilo 3, Jln.Gatot Subroto pasien mendapatkan obat tapi keluarga pasien mengatakan mereka tidak mengetahui nama obat tersebut.

c) Alergi

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M tidak ada riwayat alergi makanan maupun obat-obatan.

d) kebiasaan (merokok/kopi/alcohol,dll.)

Keluarga pasien memgatakan sebelum terkena stroke Tn.D.M,ini adalah orang dengan perokok berat satu hari 1 bungkus dan suka meminum-minuman beralkohol(MOKE) sampai terkena penyaki di bagian paru-paru dari 1 tahun yang lalu baru TN.D.M berhenti merokok.

e) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan hanya Tn.D.M saja yang mengalami penyakit stroke dan hipertensi . kalau hipertensi itu istri dari Tn.D.M juga penderita hipertensi.

3) Pola kebutuhan dasar

a) Pola persepsi dan manajemen.

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M sebelum terkena penyakit stroke adalah orang dengan perokok berat dan pasien mengikuti posyandu lansia 1 x saja dan mendapatkan obat hipertensi tetapi Tn.D.M tidak mengonsumsi obat darah tinggi itu dengan teratur.

b) Pola nutrisi – metabolic

1) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M biasanya makan 3x1 hari dengan porsi 1 piring dan di habiskan, jenis makanan adalah nasi,ubi,ikan,tahu,tempe dan sayur-sayuran yang santan hampir setiap hari serta makanan yang berminyak-minyak. Pasien biasanya minum air putih perhari ($\pm$ 1250 cc -1500 cc) dan minum kopi di pagi hari.

2) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M biasanya makan 3x1. Makan diet bubur + susu (6x200cc) porsi sedikit tidak di habiskan , Tn.D.M menggunakan NGT.

c) Pola eliminasi

(1) *BAB*

a) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M BAB 2x1 hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan, BAB lancar

b) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M biasanya BAB 1x1 hari dengan menggunakan pempers atau diapers konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan.

(2) *BAK*

a) Sebelum sakit

Keluarga pasien Tn.D.M biasanya BAK 4x1 dan hari berwarna kuning.

b) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M menggunakan kateter, urine $\pm$ 300 cc.

d) Pola aktivitas dan latihan

(1) *aktivitas*

Tabel 4.1
Kemampuan Melakukan Aktivitas

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum				✓	
Mandi				✓	
Toileting				✓	
Berpakaian				✓	
Berpindah				✓	

Keterangan:

0: Mandiri, 1: Alat bantu, 2: Dibantu orang lain, 3: Dibantu orang lain dan alat, 4: Tergantung total

(2) *Latihan*

a) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M dapat melakukan aktifitas sendiri seperti mandi, makan, berpakaian, berpindah, BAB dan BAK secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain. Saat melakukan aktivitas berat sering mengeluh kelelahan.

b) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M mendapatkan terapi setiap pagi 1x1hari, melatih tidur miring kiri miring kanan dan terapi menggerakkan tangan dan kaki 10 x setiap bagian tubuh di bagian kiri.

e) Pola kognitif dan persepsi

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M sebelum sakit kemampuan mengingat pasien baik, pengelihatannya kurang baik atau rabun jauh dan belum bisa merespon dengan baik. Saat sakit tidak dilakukan karena pasien berbicara tidak jelas.

f) Pola istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M biasanya tidur ± 8 jam , malam tidur dari pukul 21.00 malam karena menonton tv dan bangun jam 06.00

2) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M tidur jam 09.00 dan bangun jam 06.00 pagi dan tidur nyenyak.

g) Pola peran –hubungan

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit TN D.M mempunyai hubungan yang baik dengan tetangganya, teman dan keluarganya. saat sakit atau di rawat hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik dan hubungan pasien dengan keluarga maupun tetangga baik-baik saja, di lihat dari interaksi keluarga yang dating berkunjung menjenguk pasien.

h) Pola seksual reproduksi

Tidak di kaji karena menjaga privasi pasien

i) Pola stress –koping

1) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mudah putus asa/stress jika ada masalah selalu cerita kepada anak-anaknya

2) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M berbicara tidak jelas atau bicara pelo

j) Pola nilai-kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien mengatakan Tn.D.M sebelum sakit biasanya mengikuti doa Rosario di KUB dan doa mingguan, setiap minggu pasien rajin ke gereja.

Keadaan saat ini: keluarga pasien mengatakan selalu percaya pada tuhan dan berdoa untuk kesembuhan pasien

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Kesadaran pasien menurun : Stupor ringan

Tingkat kesadaran: komposmentis/apatis/somnolen/delirium/stupor ringan /koma

GCS (Glasgow Coma Scale): V: 3, M: 6, E: 3

GCS (Glasgow Coma Scale) = 12

b) Tanda-tanda vital

Nadi: 77x/m

Suhu: 36°C

TD : 135/107 mmHg

RR: 24x/m

SPO2: 92%

c) Berat badan :55 kg

Tinggi badan : 160 cm

d) Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) kepala, mata, telinga, hidung, mulut dan leher.

Kepala kulit kepala tampak kotor tidak ada edema tidak ada lesi, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.

Wajah: tampak pucat, mata: konjungtiva anemis, mata tidak simetris dan penglihatan kabur. Hidung: tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm.

Mulut: mukosa bibir kering, mulut tampak kotor. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

2) Dada

Dada tampak simetris frekuensi napas 24x/m, irama napas tidak teratur, terdapat bunyi napas rochi(+)

3) Ekstremitas

a) Atas

Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus nacl 20 tpm di tangan kanan, tangan kiri tidak bisa di gerakan crt > 3 detik akral teraba dingin.

b) Bawah

Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tonus otot nilai kekuatan otot 3 kaki kiri tidak bisa di gerakan.

Kekuatan otot :

Tangan kiri : 3

Kaki kiri : 3

Tangan kanan: 4

Kaki kanan : 4

4) Abdomen

Tidak terlihat ada benjolan, peristaltic usus 9x/m, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan lien terdapat bunyi tympani, tidak teraba adanya massa.

5) Pemeriksaan diagnostic

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal : 25 JUNI 2025

Tabel 4.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
Wbc	7.55	[10 ³ /UL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.27	[10 ³ /UL]	(1.00-3.70)
MONO#	1.28+	[10 ³ /UL]	(0.00-0.70)
EO#	0.14	[10 ³ /UL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	[10 ³ /UL]	(0.00-0.10)
NEUT#	4.85	[10 ³ /UL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	16.8-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	17.0+	[%]	(2.0-8.0)
EO%	1.9-	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	1.0	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	64.2	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.02	[10 ³ /UL]	(0.00-7.00)
IG%	0.3	[%]	(0.00-72.0)
RBC	3,31-	[10 ³ /UL]	(4.40-5.90)
HGB	8.2-	[g]	(13.2-17.3)
HCT	25.8-	[%]	(40.0-52.0)
MCV	77.9-	[FL]	(80.0-100.0)
MCH	24.8-	[Pg]	(26.0-36.0)
MCHC	31.8-	[g/dl]	(32.0-36.0)
RDW-SD	52.8	[FL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	18.5+	[%]	(11.5-14.5)
DIT	114-	[10 ³ /UL]	(150-450)
MPV	9.30	[FL]	(9.0-13.0)
PCT	0.11	[%]	(0.17-0.35)
PDW	10.4	[FL]	(0.9-17.0)
P-LCR	20.4	[%]	(13.0-43.0)

b) Penatalaksanaan atau pengobatan

Tabel IV-3
Terapi medis

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
a)	Infus NaCl 0,9%,	20tetes/menit (IV)	Menjaga dan mengembalikan keseimbangan cairan serta tekanan darah agar perfusi otak tetap optimal
b)	Omeprazole	2x40 mg	Melindungi lambung dari resiko perdarahan akibat stress dan obat-obatan
c)	Ondansentron	2x40mg	Mengatasi dan mencegah mual serta muntah yang dapat memperburuk kondisi pasien
d)	Citicolin	2x500 mg (IV)	Membantu memperbaiki dan melindungi sel-sel otak
e)	Micobalamin	2x500 mg (IV)	Membantu regenerasi saraf dan memperbaiki kerusakan sistem saraf akibat stroke
f)	Diet cair	6x200cc/Ngt	Memastikan kebutuhan nutrisi tetap terpenuhi dengan aman bagi pasien yang mengalami gangguan menelan
g)	Aspilet	1x80 mg (oral)	Mencegah pembentukan bekuan darah untuk mengurangi resiko stroke berulang

B. Tabulasi Data

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan di bagian tangan dan kaki sebelah kiri secara tiba-tiba, mulut mencong ke kiri dan berbicara tidak jelas kesulitan menelan dan kesadaran pasien menurun, tidak dapat di ajak berkomunikasi, Tn.D.M terpasang NGT. Tn.D.M terpasang kateter , tidak mampu melakukan aktivitas , semua aktivitas dari makan, minum,toileting, berpakaian di bantu orang lain dan alat.keadaan umum lemah, kesadaran , sulit Stupor ringan menelan dan kesadaran menurun, GCS: 12 (E:3, M:6, V:3). TTV.TD:136/107mmHg, Suhu:36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, Nadi: 77x/m, Crt >3 detik, hemoglobin dibawah normal (8.2-). LYMPH# 0.99-, LYMPH% 15.0-, MONO% 10.5+, EO# 0.9-, NEUT% 73.4+, RBC 3.46-, HCT 26.3-, MCV 24.0-, MCHC 31.6-, RDW-SD 52.5-, RDW-CV 18.9+, PLT 109-, PCT 0.10-.

Kekuatan otot:

4	3
4	3

C. Klasifikasi Data

DS : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri pasien tidak bisa digerakan Karen kaki dan tangan kiri pasien melemah, bicara tidak jelas mulut mencong ke kiri , sulit menelan, kesadaran menurun.

DO : Tangan dan kaki kiri pasien tidak bisa di gerakan , mulut mencong ke kiri, sulit menelan dan sulit melakukan komunikasi atau bicara tidak jelas. Terpasang NGT , terpasang kateter , semua aktifitas di bantu orang lain dan alat, keadaan umum lemah ,kesadaran Stupor ringan. GCS :12 (E: 3, M:6, V :3) TTV : 136/107 mmHg, S: 36°C ,spo2 : 92% Rr : 24x/m, N : 77x/m, CRT>3 detik hemoglobin dibawah normal (8.2-), LYMPH# 0.99- , LYMPH% 15.0-, MONO% 10.5+, EO# 0.9-, NEUT% 73.4+, RBC 3.46-, HCT 26.3-, MCV 24.0-, MCHC 31.6-, RDW-SD 52.5-, RDW-CV 18.9+, PLT 109-, PCT 0.10-.

Kekuatan otot:

4	3
4	3

D. Analisa Data

Tabel 4.4
Analisa Data

No	Data Fokus Subyektif (s) dan Data Objektif (o)	Etiologi (E)	Problem (M)
1	DO : Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun. Ds : Keadaan umum : lemah kesadaran : Stupor ringan. GCS :12 (E: 3, M:6, V:3) TTV: TD: 136/107mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, N: 77x/m	Embolisme	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2	DO: Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri pasien melemah dan sulit di gerakan DS: Tangan dan kaki pasien sebelah kiri susah di gerakan. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas di bantu dari makan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah semua di bantu orang lain dan alat, pasien tampak lemah.	Gangguan neuromuscular	Gangguan mobilitas fisik
3	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas mulut mencong ke kiri. DO: Bicara pelo, mulut mencong ke kiri	Gangguan neuromuscular	Gangguan komunikasi verbal
4	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien lemah DO: Kelemahan, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Gangguan neuromuscular	Deficit perawatan diri
5	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menelan DO: Terpasang NGT	Ketidakmampuan menelan nutrisi makanan	Resiko deficit nutrisi
6	Ds : Keluarga pasien mengatakan hb pasien rendah dan pasien tampak lemah Do : CRT > 3detik,hemoglobin dibawah normal (8.2- g/dl), wajah tampak pucat,akral teraba dingin, konjungtiva anemis	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif

E. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan:

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun

Data objektif : keadaan umum : lemah kesadaran : Stupor ringan . GCS

:12 (E: 3, M:6, V:3) TTV: TD: 136/107 mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%,

RR: 24x/m, N: 77x/m

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri pasien melemah dan sulit di gerakan

Data objektif : Tangan dan kaki pasien sebelah kiri susah di gerakan.

Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas di bantu dari makan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah semua di bantu orang lain dan alat, pasien tampak lemah.

Kekuatan otot:

4	3
4	3

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan

neuromuscular ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas mulut mencong ke kiri.

Data objektif : Bicara pelo, mulut mencong ke kiri

4. Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien lemah

Data objektif : Kelemahan, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri

5. Resiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan:

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien sulit menelan

Data objektif : terpasang NGT

6. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan hb pasien rendah dan pasien tampak lemah.

Data objektif : CRT > 3detik, hemoglobin dibawah normal (8.2-), wajah tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis.

F. Intervensi keperawatan

1. Diagnosa keperawatan 1

Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan: Data subjektif : keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun, Data objektif : keadaan umum : lemah kesadaran : Stupor ringan. GCS :12 (E: 3, M:6, V:3) TTV: TD: 136/107 mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, N: 77x/m.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, tekanan darah menurun ke batas normal.

Intervensi keperawatan

- a. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat kesadaran menurun.). Rasional: Deteksi dini peningkatan tekanan intrakranial untuk melakukan tindakan lebih lanjut
- b. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Rasional: Memberikan kenyamanan pada pasien.
- c. Berikan posisi semi fowler. Rasional: Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral.
- d. penatalaksanaan pemberian obat : Citicolin 2x500 mg (IV), Micobalamin 2x500 mg (IV), Apilet 1x80 mg (po)

2. Diagnosa keperawatan 2

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri pasien melemah dan sulit di gerakan. Data objektif : Tangan dan kaki pasien sebelah kiri susah di gerakan. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas,

semua aktivitas di bantu dari makan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah semua di bantu orang lain dan alat, pasien tampak lemah.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kaku sendi menurun.

Intervensi keperawatan

- a. Identifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan Rasional : mengidentifikasi kekuatan / kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan.
- b. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Rasional : mengetahui kondisi kesehatan pasien

1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Ajarkan latihan rentang gerak atau Range Of Motion (ROM)

Rasional : melatih otot atau persendian pasien yang mobilitas sendinya terbatas

2. Anjurkan pasien untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali

Rasional : membantu menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan

3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional : mencegah terjadinya cedera pada pasien

4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional : agar keluarga mampu melatih pasien secara mandiri

Kekuatan otot :

4	3
4	3

3. Diagnosa Keperawatan 3

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas mulut mencong ke kiri. Data objektif : Bicara pelo, mulut mencong ke kiri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : kemampuan berbicara meningkat, kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat

Intervensi keperawatan

- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara
Rasional : mengetahui perkembangan pasien
- Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya : menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan)
Rasional : agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik dan berkomunikasi sesuai keadaan pasien
- Ulangi apa yang disampaikan pasien
Rasional : dapat memastikan ucapan yang disampaikan pasien
- Anjurkan berbicara perlahan
Rasional : agar kemampuan bicara pasien semakin membaik.

4. Diagnosa Keperawatan 4

Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien lemah, Data objektif : Kelemahan, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah defisit perawatan diri dapat meningkat dengan kriteria hasil : Kemampuan mandi meningkat, Kemampuan mengenakan pakaian meningkat , Kemampuan makan meningkat

Intervensi keperawatan

- a. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
Rasional: Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien
- b. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
- c. Rasional: menciptakan memori kebersihan diri pada pasien
- d. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
Rasional :Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien
- e. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perl
Rasional :Membimbing keluarga dan pasien agar keterampilan dapat diterapkan

5. Diagnosa Keperawatan 5

Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan. Data Objektif : Terpasang NGT\

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status menelan pasien membaik dengan kriteria hasil : refleks

menelan meningkat, kemampuan mengunyah meningkat, usaha menelan meningkat.

Intervensi keperawatan

- a. Identifikasi diet yang dianjurkan
Rasional : untuk mengetahui diet yang dianjurkan
- b. Monitor kemampuan menelan
Rasional : mengetahui kemampuan menelan pasien
- c. Atur posisi yang nyaman untuk makan / minum
Rasional : agar pasien nyaman saat makan / minum

6. Diagnosa Keperawatan 6

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan:

DS : Keluarga pasien mengatakan hb pasien rendah dan pasien tampak lemah.

DO : CRT > 3detik, hemoglobin dibawah normal (8.2-), wajah tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis.

Tujuan:

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: warna kulit pucat menurun, kelemahan otot menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik.

Intervensi keperawatan

Observasi

a) Monitor tanda-tanda vital

Rasional : memantau keadaan umum pasien

b) Monitor adanya reaksi

Rasional : Mengetahui adanya kecocokan sehingga timbul reaksi seperti gatal-gatal.

Edukasi

c) Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran hijau

Rasional : untuk mempercepat proses produksi sel darah merah

d) Pasien rencana pemberian infus

Rasional : memberi tahu pasien transfusi darah untuk menambah kadar hemoglobin dalam tubuh.

Kolaborasi

e) kolaborasi pemberian transfuse darah

Rasional : menambah kadar hemoglobin dalam tubuh

G. Implementasi Keperawatan

1. Tindakan keperawatan pada hari kamis, 26 juni 2025

a. Diagnosa 1

Jam 14.00 melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, spo2 dan RR. Jam 14.00 : TTV: TD: 136/107mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, N: 77x/m. jam 14.30 : memonitor tingkat kesadaran GCS :12 (E: 3, M:6, V:3). Jam 15.00 : mengatur posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang. Jam 16:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung.

b. Diagnosa 2

Jam 14.30 : mengidentifikasi aktivitas/toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien hanya mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan atau separuh badan bagian kanan. Jam 14.30 : memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, hasil : TD : 136/107 mmHg. Jam 16.00 : memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, hasil : pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh. Jam 16.30 : melakukan latihan rentang gerak atau Range Of Motion (ROM), hasil : pasien tidak mampu bergerak jika tidak dibantu. Jam 16. 35 : mengajar keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

c. Diagnosa 3

Jam 14.30 : memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, hasil : pasien tidak mampu berbicara. Jam 15.00 :

mengajak pasien untuk berbicara menggunakan alternatif menggelengkan kepala atau mengangguk, hasil : saat dipanggi pasien hanya merespon dengan mengangkat alis mata, tidak berespon seperti mengeluarkan suara atau menggunakan alternatif tersebut. Jam 16.00 : memotivasi keluarga untuk selalu mengajak pasien berbicara.

d. Diagnosa 4

Jam 14.30: monitor tingkat kemandirian : pasien tampak tidak bias melakukan aktivitas secara mandiri, tangan kiri dan kaki kiri pasien tidak bias di gerakan, pasien masih terbaring lemah di atas tempat tidur. Jam 15.00: mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian dan makan, pasien tampak sangat terpegantung pada keluarga dan alat bantu untuk kebersihan dirinya. Jam 16.00: menganjurkan keluarga damping pasien untuk melakukan perawatan diri, keluarga pasien tampak menerima dan bersedia untuk membantu pasien dalam melakukan perawatan diri.

e. Diagnosa 5

Jam 14.30 : mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan oleh dokter yaitu diet cair susu 6 x 200 cc/NGT. Jam 15.00 : memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien belum bisa menelan, terpasang NGT. Jam 15.05 : mengatur posisi semi fowler pada pasien

f. Diagnosa 6

perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

jam 14.00 mengukur tanda-tanda vital: TD: 136/107 mmHg, N: 77x/m, suhu: 37,6°C, RR: 24x/m, Spo2: 92%, CRT>3 detik. Jam 14.30 memberitau kepada keluarga pasien rencana transfuse darah. 15.00 melayani transfuse darah pada Tn. D.M. jam 15.30 memonitor adanya reaksi transfuse darah, hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada saat transfuse darah.

2. Tindakan keperawatan hari jumat, 27 juni 2025

a. Diagnosa 1

Jam 08.00 melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, spo2 dan RR. Jam 08.00 : TTV: TD: 116/89 mmHg, S: 36,9 °C, SPO2: 96%, RR: 22x/m, N: 78x/m. jam 08.10: melayani injeksi furosemide 20 mg/iv. Jam 09.30: memonitor tingkat kesadaran GCS :12 (E: 3, M:6, V:3). Jam 10.00 : melayani injeksi citikolin 500 mg/iv. Jam 10.30: mengatur posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang. Jam 11:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung

b. Diagnosa 2

Jam 08.00 : mengidentifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien belum mampu menggerakkan separuh anggota tubuh. Jam 08.10 : memonitor tekanan darah sebelum memulai

mobilisasi, hasil : TD: 116/89 mmHg. Jam 09.30 : melakukan latihan rentang gerak atau ROM, hasil : tangan kanan dan kaki kanan mampu bergerak tetapi tangan dan kaki kiri belum mampu digerakkan jika tidak dibantu. Jam 10.00 : melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Jam 11.00 : merubah posisi pasien tiap 2 jam sekali

c. Diagnosa 3

Jam 08.00 : memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, hasil : pasien tidak mampu berbicara. Jam 08.10 : mengajak pasien untuk berbicara menggunakan alternatif menggelengkan kepala atau mengangguk, hasil : saat dipanggil pasien membuka matanya, pasien tidak berespon seperti mengeluarkan suara atau menggunakan alternatif tersebut. Jam 09.00 : memotivasi keluarga untuk selalu mengajak pasien berbicara.

d. Diagnosa 4

Jam 08.00: membantu pasien untuk menggantikan baju yang di pakai sebelumnya, jam 08.10: membersihkan mulut pasien dengan menggunakan tisu kering, 09.00: menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien untuk melakukan perawatan diri.

e. Diagnosa 5

Jam 08.00 : mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan dokter diet cair 6 x 200 cc/NGT dan melayani obat oral albumin 2 sachet,nac 200 mg dan aspilet 50 mg. Jam 08.30 : memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien sudah mampu menelan air liurnya

sendiri tetapi belum bisa minum air. Jam 08.30 : mengatur posisi semi fowler pada pasien. Jam 10.00 : memberikan diet cair 6x200 cc/NGT.

f. Diagnosa 6

jam 08.00 mengukur tanda-tanda vital: TD: 116/89 mmHg, N: 78x/m, suhu: 36,9°C, RR: 22x/m, Spo2: 96%, CRT>3 detik. Jam 09.30 memberitau kepada keluarga pasien rencana transfuse darah. 10.00 melayani transfuse darah pada Tn. D.M. jam 10.30 memonitor adanya reaksi transfuse darah, hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada saat transfuse darah.

3. Tindakan Keperawatan hari Sabtu, 28 Juni 2025

a. Diagnosa 1

Jam 08.00 melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, spo2 dan RR. Jam 08.00 : TTV: TD: 130/100 mmHg, S: 36,9 °C, SPO2: 96%, RR: 23x/m, N: 79x/m. jam 08.10: melayani injeksi furosemide 20 mg/iv. Jam 09.30: memonitor tingkat kesadaran GCS :12(E: 3, M:6, V:3). Jam 10.00 : melayani injeksi citikolin 500 mg/iv. Jam 10.30: mengatur posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang. Jam 11:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung

b. Diagnosa 2

Jam 08.00 : mengidentifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien belum mampu menggerakkan separuh anggota tubuh. Jam 08.10 : memonitor tekanan darah sebelum

memulai mobilisasi, hasil : TD: 130/100 mmHg. Jam 09.30 : melakukan latihan rentang gerak atau ROM, hasil : tangan kanan dan kaki kanan mampu bergerak dan juga tangan dan kaki kiri sudah bias di gerakan, tangan kiri bias di angkat dan kaki kiri bias di gerakan. Jam 10.00 : melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Jam 11.00 : merubah posisi pasien tiap 2 jam sekali

c. Diagnosa 3

Jam 08.00 : memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, hasil : pasien tidak mampu berbicara. Jam 08.10 : mengajak pasien untuk berbicara menggunakan alternatif menggelengkan kepala atau mengangguk, hasil : saat dipanggil pasien membuka matanya, pasien tidak berespon seperti mengeluarkan suara atau menggunakan alternatif tersebut. Jam 09.00 : memotivasi keluarga untuk selalu mengajak pasien berbicara.

d. Diagnosa 4

Jam 08.00: membantu pasien untuk menggantikan baju yang di pakai sebelumnya, jam 08.10: membersihkan mulut pasien dengan menggunakan tisu kering, 09.00: menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien untuk melakukan perawatan diri.

e. Diagnosa 5

Jam 08.00 : mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan dokter diet cair 6 x 200 cc/NGT dan melayani obat oral albumin 2 sachet,nac 200 mg dan aspilet 50 mg. Jam 08.30 : memonitor

kemampuan menelan, hasil : pasien sudah mampu menelan air liurnya sendiri dan sudah bisa minum air sedikit. Jam 08.30 : mengatur posisi semi fowler pada pasien. Jam 10.00 : memberikan diet cair 6x200 cc/NGT.

f. Diagnose 6

jam 08.00 mengukur tanda-tanda vital: TD: 116/89 mmHg, N: 78x/m, suhu: 36,9°C, RR: 22x/m, Spo2: 96%, CRT>3 detik. Jam 09.30 memberitau kepada keluarga pasien rencana transfuse darah. 10.00 melayani transfuse darah pada Tn. D.M. jam 10.30 memonitor adanya reaksi transfuse darah, hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada saat transfuse darah.

H. Evaluasi Keperawatan

1. Hari pertama Kamis, 26 Juni 2025

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif

S: keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun, O: keadaan umum : lemah kesadaran : apatis. GCS :12 (E: 3, M:6, V:3) TTV: TD: 136/107 mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, N: 77x/m , A: Masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan (1-4)

b. Gangguan mobilitas fisik

S : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri pasien melemah dan sulit di gerakan, O: Tangan dan kaki pasien sebelah kiri susah di gerakan. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas di bantu dari makan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah semua di bantu orang lain dan alat, pasien tampak lemah,

Kekuatan otot:

4	3
4	3

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan (1-7)

c. Gangguan Komunikasi Verbal

S : Keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas mulut mencong ke kiri. O : Bicara pelo, mulut mencong ke kiri A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. Planning : Intervensi dilanjutkan (1-4),

d. Defisit Perawatan Diri

S: Keluarga pasien mengatakan pasien lemah, O: Kelemahan, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, A: masalah deficit perawatan diri belum teratasi, P: Intervensi di lanjutkan (2,3,4 dan 5)

e. Resiko Deficit Nutrisi

S: keluarga pasien mengatakan pasien sulit menelan, O: terpasang NGT, A: masalah gangguan menelan belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan (1-4)

f. Perfusi Perifer Tidak Efektif

S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: keadaan umum lemah, kesadaran apatis, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD: 136/107 mmHg, N: 77x / m, S: 36°C, RR: 24x/m, SPO2: 92%. A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

2. Hari ke dua Jumat, 27 Juni 2025

a. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

S: Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun, O: Klien tampak lemah, masih tampak pucat dengan TTV: TD: 116/89 mmHg, S: 36,9 °C, SPO2: 96%, RR: 22x/m, N: 78x/m. GCS :12 (E: 3, M:6, V:3), A : Masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan (1-4)).

b. Gangguan Mobilitas Fisik

S: Keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri, O: pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan,

Kekuatan otot:	4	3
	4	3

A: Masalah keperawatan Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan (1-7)

c. Gangguan Komunikasi Verbal

S: Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa berbicara, O: pasien tampak lemah, pasien tidak memberi respon, kesadaran sopor 6 (GCS: E:4, V:5, M:6). A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. Planning : Intervensi dilanjutkan (1-4)

d. Defisit Perawatan Diri

S: keluarga pasien mengatakan untuk kebersihan dirinya selama sakit ini di bantu oleh keluarga seperti mandi dan berpakaian, O: kulit kepala pasien tampak kotor, mulut dan gigi tampak kotor, kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga, A: masalah deficit perawatan diri belum teratasi, P: intervensi di lanjutkan (2-5)

e. Resiko Deficit Nutrisi

S: keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menelan. O : pasien tampak lemah, terpasang NGT. Pasien belum mampu menelan. A : masalah gangguan menelan belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan (1-4)

f. Perfusi Perifer Tidak Efektif

S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: keadaan umum lemah, keasadaran apatis, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD: 116/89 mmHg, N: 78x / m, S: 36,9°C, RR: 22x/m, SPO2: 96%. A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

2. Hari ke 3, Sabtu, 28 Juni 2025

a. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

S: Keluarga pasien mengatakan pasien kesadara pasien sudah membaik dan pasien mampu merspon. O: pasien tanpak lemah, (GCS: 12, E : 3, M: 6 V: 3) TTV, Td: 130/100 mmHg, S: 36°C, N: 79x/m, Spo2: 96%, Rr: 23x/m. A: masalah resiko perfusi serebral sedikit teratasi, P: intervensi dilanjutkan (1-4)

b. Gangguan Mobilitas Fisik

S: Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan, O: Kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan pasien belum mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas dibantu, makan dan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah di bantu orang lain dan alat.

Kekuatan otot:	4	3
	4	3

A: masalah gangguan mobilitas fisik sedikit teratasi. P: intervensi di lanjutkan (1-5)

c. Gangguan Komunikasi Verbal

S: keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas, mulut masih mencong ke kiri O: Mulut pasien mencong ke kiri, bicara pelo, A: masalah komunikasi verbal belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan (1-4)

d. Defisit Perawatan Diri

S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: Pasien tampak lemah dan pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. A: masalah defisit perawatan diri belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan (2-5)

e. Risiko Defisit Nutrisi

S: keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa minum air menggunakan mulut dan tidak menggunakan NGT, makan masih menggunakan NGT, sebanyak 200 cc. O: pasien tampak lemah, pasien sudah mampu minum air menggunakan mulut sebanyak empat sendok, A: masalah defisit nutrisi sedikit teratasi, P: pertahankan intervensi

f. Perfusi Perifer Tidak Efektif

S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: keadaan umum lemah, kesadaran apatis, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus NaCl 20 tpm, TD: 130/100 mmHg, N: 79x / m, S: 36,9°C, RR: 23x/m, SPO₂: 96%. A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan

I. Catatan Perkembangan

1. Hari Sabtu, 28 Juni 2025

a. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

S: Keluarga pasien mengatakan pasien kesadara pasien sudah membaik dan pasien mampu merespon. O: pasien tampak lemah, (GCS: 12, E : 3, M: 6 V: 3) TTV, Td: 130/100 mmHg, S: 36°C, N: 79x/m, Spo2: 96%, Rr: 23x/m. A: masalah resiko perfusi serebral sedikit teratasi, P: intervensi dilanjutkan (1-4)

b. Gangguan Mobilitas Fisik

S: Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan, O: Kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan pasien belum mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas di bantu, makan dan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah di bantu orang lain dan alat.

Kekuatan otot:

4	3
4	3

A: masalah gangguan mobilitas fisik sedikit teratasi. P: intervensi di lanjutkan (1-5)

a. Gangguan Komunikasi Verbal

S: keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas, mulut masih mencong ke kiri O: Mulut pasien mencong ke kiri, bicara pelo, A: masalah komunikasi verbal belum teratasi, P: intervensi di lanjutkan (1-4).

b. Defisit Perawatan Diri

S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: Pasien tampak lemah dan pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara

mandiri. A: masalah deficit perawatan diri belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan (1-4) mendampingi pasien untuk melakukan perawatan diri.
E: Pasien belum mampu melakukan aktivitas sendiri.

c. Resiko Deficit Nutrisi

S: keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa minum air menggunakan mulut dan tidak menggunakan NGT, makan masih menggunakan NGT, sebanyak 200 cc. O: pasien tampak lemah, pasien sudah mampu minum air menggunakan mulut sebanyak empat sendok, A: masalah deficit nutrisi sedikit teratasi, P: pertahankan intervensi.

f. Perfusi Perifer Tidak Efektif

S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: keadaan umum lemah, kesadaran apatis, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD: 130/100 mmHg, N: 79x / m, S: 36,9°C, RR: 23x/m, SPO2: 96%. A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P: intervensi.

J. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Tn. D.M dengan diagnosa medis stroke non hemoragik menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien TN D.M di RPD III RSUD Ende.

Menurut Widyanto & Triwibowo, (2021). Manifestasi klinis stroke non haemoragic adalah kesulitan berbicara dan kebingungan, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan dan kaki, pandangan kabur, sakit kepala tiba-tiba dan parah yang mungkin di sertai dengan muntah, pusing atau perubahan kesadaran, kesulitan berjalan, mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi.

Hasil pengkajian pada pasien Tn.D.M ditemukan keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota gerak bagian kiri, bicara tidak jelas, mulut mencong kekiri, kesulitan menelan, kesadaran pasien menurun TTV= TD: 136/107 mmHg, S: 36°C, N: 77 x/mnt, RR: 24 x/mnt, SpO2 : 96% CRT>3 detik, HB 8.3- gd/l. Tanda dan gejala yang ada di teori tetapi tidak ada pada kasus Tn D.M yaitu nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan dan mual muntah Secara teori menurut Sary (2021), nyeri kepala terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial (TIK) akibat edema atau perdarahan yang menekan jaringan otak, gangguan penglihatan terjadi karena pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan sehingga aliran darah ke otak sangat berkurang,

menimbulkan kerusakan pada saraf optikus. Mual muntah terjadi selama fase akut yang disebabkan oleh peningkatan TIK. Gejala nyeri kepala hebat tidak terjadi pada Tn.D.M karena pada kasus Tn D.M belum terjadi pendarahan yang menekan jaringan otak. Gejala gangguan penglihatan dan mual muntah tidak ditemukan pada kasus Tn D.M karena kesadaran pasien menurun sehingga sulit untuk dikaji.

Sedangkan tanda dan gejala yang ada pada kasus tetapi tidak ada di teori yaitu kadar hemoglobin dalam darah rendah yaitu: 8.3- g/dl. Secara teori hemoglobin dalam darah rendah karena ada gangguan anemia(atau penurunan kadar hemoglobin). Hemoglobin merupakan zat protin yang di temukan dalam sel darah merah. Hemoglobin terdiri dari zat besi sebagai pembawa oksigen ke seluruh tubuh.

1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada teori ada 5, yaitu : resiko perfusi cerebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit nutrisi, , defisit perawatan diri. Pada kasus Tn D.M ditetapkan hanya 6 diagnosa keperawatan yaitu resiko perfusi cerebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, gangguan deficit nutrisi , dan deficit perawatan diri dan perfusi perifer tidak efektif. Sedangkan berdasarkan data hasil pengkajian yang di lakukan pada tanggal 26 juni 2025 pada Tn. D.M dapat ditegakan menjadi 6 diagnosa yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan

gangguan neuromuscular, deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular, resiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan nutrisi makanan dan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan konsentrasi hemoglobin.

2. Intervensi Keperawatan

Intervensi di buat berdasarka prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn D.M di susun berdasarkan teori menurut setandar intervensi keperawatan Indonesia, 2017 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus dan telah dilaksanakan berkat kerja sama keluarga dan pasien. Untuk intervensi seriko perfusi serebral tidak efektif sebanyak 4 intervensi, ganggaun mobilitas fisik sebanyak 7 intervensi, gangguan mobilitas fisik sebanyak 4 intervensi, deficit perawatan diri sebanyak 5 intervensi, resiko deficit nutrisi sebanyak 4 intervensi dan perfusi perifer tidak efektif sebanyak 6 intervensi.

3. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2017). Implementasi pada Tn D.M dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 26 – 28 Juni 2025. Implementasi dilakukan sesuai dengan perencanaan dan dijalankan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas Kesehatan. Dengan demikian semua intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

4. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan melalui catatan perkembangan.

Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah resiko perfusi serebral sedikit teratasi, gangguan mobilitas fisik sedikit teratasi, gangguan komunikasi verbal sedikit teratasi, deficit perawatan diri belum teratasi, dan resiko deficit nutrisi sedikit teratasi dan perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. Namun tindakan tersebut harus terus dilakukan oleh pasien dan keluarga sehingga masalah keperawatan diatas dapat teratasi.

Berdasarkan uraian diatas mulai dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan maka dapat dikatakan bahwa apa yang tertera di dalam teori tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata. Ada beberapa factor yang mempengaruhi seperti, keterlambatan dalam pengobatan dan penanganan, kurang pengetahuan dari pasien tentang penyakit yang diderita.