

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran umum lokasi studi kasus

Studi kasus dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Ruang 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 strok non hemoragik dan kasus terbanyak 1 bulan terakhir adalah Stroke dengan berjumlah 17 kasus dan yang kedua DM 12 kasus.

Kapasitas 19 tempat tidur yang terdiri dari ruangan A jumlah 7 tempat tidur, ruangan B 7 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 struktural 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 20 September 2024

a. Pengumpulan Data

2.) Identitas

Studi kasus dilakukan pada Ny. B. I. yang berumur 65 tahun di RSUD Ende ruang penyakit dalam III. Pasien berjenis kelamin perempuan, beragama Khatolik, tinggal di desa Wologai, status pasien sudah menikah, dengan pendidikan terakhir SD. Penanggung jawab pasien yaitu Ny. M. K. S. sebagai anak pasien yang berumur 37 tahun, tinggal di desa Ranakolo Kec. Maurole.

3.) Status Kesehatan

a.) Status Kesehatan Saat ini

(1) Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri tidak bisa digerakan, tidak dapat berkomunikasi dengan baik, pasien kesulitan menelan, kesadaran pasien menurun.

(2) Riwayat Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kiri pasien melemah dan sulit digerakan setelah jatuh di kamar mandi pada tanggal 14/09/2024, diantar ke Puskesmas tanggal 15/09/2024 dan dirujuk ke RSUD Ende pada tanggal 16/09/2024.

(3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga pasien mengatakan, awalnya pada tanggal 14/09/2024 pasien jatuh dan sempat pingsan. Setelah sadar pasien mengeluh pusing serta tangan dan kaki kirinya melemah, kaku, dan sulit untuk digerakan, bicara tidak jelas. Pada tanggal 15/09/2024 pasien dibawa ke Puskesmas, kondisi pasien belum membaik, pengobatan yang diberikan infus RL 20 tpm, captropil 25 mg 2x dan cateter no 16. Pasien dirujuk ke RSUD Ende pada tanggal 16/09/2024 dengan keluhan lemah di separuh badan bagian

kiri, kesadaran menurun, susah untuk makan, pasien tidak dapat berkomunikasi.

(4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan setelah pasien jatuh pada tanggal 14/09/2024, pasien dibantu oleh tetangganya untuk mengangkat ke tempat tidurnya lalu membantu mengosok minyak kayu putih pada kaki dan tangan pasien hingga pasien sadar, satu hari setelahnya (tanggal 15/09/2024) keluarga mengantar pasien ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan dan pengobatan. Pengobatan yang diberikan di Puskesmas adalah infus RL 20 tpm, captropil 25 mg 2x dan cateter no 16.

b.) Status Kesehatan Masa lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah menderita hipertensi sejak 5 tahun lalu. pasien belum pernah dirawat di RS. Pasien tidak mempunyai alergi terhadap makanan, minuman maupun obat-obatan. Pasien mengikuti posyandu lansia dan mendapat obat captropil, pasien mengonsumsi obat captropil dengan teratur.

c.) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama seperti pasien, tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi, stroke, jantung, DM, maupun ginjal.

4.) Pola Kebutuhan Dasar

a.) Pola Persepsi dan manajemen kesehatan

Keluarga pasien mengatakan kesehatan sangat penting, setelah mengetahui pasien mengalami hipertensi pasien selalu rutin mengikuti posyandu lansia

dan mendapat obat captopril, pasien mengonsumsi obat secara teratur. Pasien menjaga kesehatannya dengan tidak merokok dan minum alkohol.

b.) Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari, porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan adalah nasi, ubi, ikan, sayur, tahu dan tempe. Pasien suka makan daun pepaya. Pasien biasa minum 5-6 gelas air putih sehari (± 1250 cc – 1500 cc) dan kopi pada pagi hari.

Saat sakit : Pasien makan minum melalui NGT (susu 6×200 cc). Pasien kesulitan menelan.

c.) Pola Eliminasi

(1) BAB

Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan

Saat sakit : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB

(2) BAK

Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan pasien BAK 3-5 kali sehari, berwarna kuning

Saat sakit : pasien terpasang kateter, urine ± 400 cc (ditampung dari jam 09.10 sampai dengan pada saat dikaji pukul 14.15)

d.) Pola Aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitasnya seperti mandi, makan, berpakaian, berpindah, BAB dan BAK secara mandiri tanpa bantuan alat maupun orang lain. Saat melakukan aktivitas berat pasien sering mengeluh kelelahan.

Saat sakit : Kemampuan melakukan aktivitas pasien

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 : Menggunakan alat bantu

2 : Dibantu orang lain

3 : Dibantu orang lain dan alat

4 : Tergantung total

Kesimpulan : Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan minum, mandi, toileting, berpakaian dibantu orang lain dan menggunakan alat bantu. Pasien hanya berbaring ditempat tidur, dan melakukan miring kiri/kanan setiap 2 jam sekali.

e.) Pola Kognitif dan persepsi sensori

Sebelum sakit kemampuan mengingat pasien baik, penglihatan berkurang karena pasien mengalami rabun jauh. Saat ini tidak dilakukan pemeriksaan karena pasien tidak sadar sehingga belum mampu menjawab pertanyaan.

f.) Pola Tidur dan istirahat

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien tidur $\pm$ 8 jam, malam tidur dari pukul 21.00 dan bangun biasanya pukul 05.00 pagi. Pasien jarang tidur siang. mengatak

Saat sakit : tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

g.) Pola Peran-hubungan

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai hubungan yang baik dengan tetangganya, teman, dan keluarganya.

Saat sakit : keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga maupun tetangga baik-baik saja, dilihat dari interaksi keluarga yang datang berkunjung menjenguk pasien.

h.) Pola persepsi diri dan konsep diri

Tidak dikaji karena kondisi pasien tidak sadar

i.) Pola Seksual reproduksi

Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien.

j.) Pola Stress-koping

Kebiasaan sehari-hari: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada anak-anaknya.

Keadaan saat ini : tidak dikaji karena kondisi pasien tidak sadar

k.) Pola Nilai- kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien mengatakan pasien beragama Khatolik, selalu rajin ke gereja setiap minggu.

Keadaan saat ini: keluarga pasien mengatakan selalu percaya pada Tuhan dan berdoa untuk proses penyembuhan pasien.

5.) Pemeriksaan fisik

a.) Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : Sopor

GCS : 6 (Sopor)

E : 3 (dengan perintah suara), V : 2 (menjawab dengan tidak membentuk kalimat/kata), M : 1 (tidak berespon)

b.) Tanda-tanda Vital : TD : 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, SpO₂ : 99%, RR : 20 x/m

c.) Kepala

Inspeksi : Rambut tampak kotor

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kepala

Inspeksi : Wajah tidak simetris, mulut mencong ke kiri

d.) Mata

Inspeksi : tidak dikaji karena pasien tidak sadar

e.) Leher

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

f.) Dada

Inspeksi : Bentuk simetris, pergerakan dada kiri dan kanan sama, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, tidak ada pembengkakan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : Tidak terdengar bunyi nafas tambahan

g.) Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Auskultasi : Bising usus lemah 4x/m

h.) Ekstremitas

Inspeksi : Terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Kekuatan otot :

Tangan kiri : 2

Kaki kiri : 2

Tangan kanan : 4

Kaki kanan : 4

Pemeriksaan Neurosensori

a. Nervus I Olfaktorius

Sulit dinilai karena pasien tidak sadar

b. Nervus II Optikus

Sulit dinilai karena pasien tidak membuka mata

c. Nervus III Okulomotorik

Sulit dinilai karena pasien tidak membuka mata

d. Nervus IV Trochlearis

Sulit dinilai karena tidak sepenuhnya membuka mata, pasien tidak mengerti dan tidak melihat mengikuti tangan peneliti

e. Nervus V Trigeminus

Sulit dinilai karena pasien hanya diam dan tidak bisa membedakan

f. Nervus VI Abduksen

Sulit dinilai karena pasien tidak membuka matanya, tidak melihat ke arah kiri dan kanan mengikuti tangan peneliti

g. Nervus Fasialis

Otot pada kelopak mata pasien lemah.

h. Nervus VIII Auditorius

Pendengaran pasien baik karena pasien menggerakkan tangan kanan kearah sumber suara

i. Nervus IX Glosofaringeus

Pasien tidak bisa menelan, terpasang NGT

j. Nervus X Vagus

Pasien belum bisa membuka mulut nya dan mengucapkan AH, pasien tidak bisa menelan makanan, terpasang NGT

k. Nervus XI Assesorius

Ekstermitas kiri atas dan ekstermitas kiri bawah lemah tidak bisa digerakan, ekstermitas kanan atas dan bawah dapat di bergerak seperti biasa.

l. Nervus XII Hipoglosus

Pasien tidak mampu menggerakkan lidah ke kiri dan kekanan dan tidak mampu menjulurkan lidah.

6.) Pemeriksaan penunjang

a.) Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 4.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Glukosa sewaktu	120	70-140 mg/dl
SGOT/AST	10.0	0-35 U/L
SGPT/ALT	8.0	4-36 U/L
Ureum	79.0	10-50 mg/dL
Creatinin	0.9	0.6-1.2 mg/dL

b.) Terapi Medis

Tanggal : 16/09/2024

Tabel 4.3
Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
a)	Infus NaCl 0,9%	20 tetes/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)	SVT	1x20 mg (oral)	Mencegah atau mengobati kejang yang dapat memperburuk kondisi otak
h)	Aspilet	1x80 mg (oral)	Mencegah pembentukan bekuan darah untuk mengurangi resiko stroke berulang

c.) Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan CT Scan Kepala Tanpa Kontras

Kesimpulan : Sub acute ischaemic cerebral infarction pada basal ganglia

kiri

b. Tabulasi Data

Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri tidak bisa digerakan, tangan dan kaki kirinya melemah, kaku, dan sulit untuk digerakan, bicara tidak jelas. Pasien tidak dapat berkomunikasi, keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan, terpasang NGT, keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB, pasien terpasang kateter. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan minum, mandi, toileting, berpakaian dibantu orang lain dan alat. Keadaan umum : lemah, Kesadaran : Sopor, GCS : 6 (E:3, V:2, M:1), TTV : TD : 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36, 9°C, SPO2 : 98 %, RR : 20 x/m. Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan. Peristaltik usus lemah : 4x/m. Kekuatan Otot :

4	2
4	2

c. Klasifikasi Data

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri tidak bisa digerakan, tangan dan kaki kirinya melemah, kaku, dan sulit untuk digerakan, bicara tidak jelas. Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan. Keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB.

Data Objektif : Pasien tidak dapat berkomunikasi, terpasang NGT, pasien terpasang kateter. Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Keadaan umum : lemah, Kesadaran : Sopor, GCS : 6 (E:3, V:2, M:1), TTV : TD : 187/111 mmHg, N : 88 x/m,

S : 36, 9°C, SPO2 : 98 %, RR : 20 x/m. Peristaltik usus lemah :

4x/m. Kekuatan Otot :

4	2
4	2

d. Analisa Data

Tabel 4.4
Analisa Data

No.	Sign/symptom	Etiologi	Problem				
1.	Data Subjektif :Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun Data Obejktif : Keadaan umum lemah, kesadaran : sopor GCS 6 (E:3, V:2, M:1), Ttv : TD: 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, RR : 20x/m, Spo2: 98%	Embolisme	Perfusi serebral tidak efektif				
2.	Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri melemah, kaku dan sulit untuk digerakan Data Objektif : Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Pasien tampak lemah. Kekuatan otot : <table><tr><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>4</td><td>2</td></tr></table>	4	2	4	2	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
4	2						
4	2						
3.	Data Subjektif : - Data Objektif : Pasien tidak dapat berkominikasi	Penurunan sirkulasi serebra	Gangguan komunikasi verbal				
4.	Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan Data Objektif : Terpasang NGT	Gangguan saraf kranialis	Gangguan menelan				
5.	Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB Data Objektif : Peristaltik usus lemah 4 x/m	Penurunan motalitas gastrointestinal	Konstipasi				

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan :

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun

Data Obejktif : Keadaan umum lemah, kesadaran : somnolen GCS 7 (E:4, V:2, M:1), Ttv : TD: 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, RR : 20x/m, Spo2: 98%

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan :

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri melemah, kaku dan sulit untuk digerakan

Data Objektif : Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Pasien tampak lemah.

Kekuatan otot :

4	2
4	2

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan :

Data Subjektif : -

Data Objektif : Pasien tidak dapat berkomunikasi

- d. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan :

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan

Data Objektif : Terpasang NGT

- e. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motalitas gastrointestinal ditandai dengan :

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB

Data Objektif : Peristaltik usus lemah 4 x/m

4. Perencanaan Keperawatan

- a. Diagnosa keperawatan 1 : Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan : Data Subjektif :Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun. Data Obejktif : Keadaan umum lemah, kesadaran : sopor GCS 6 (E:3, V:2, M:1), Ttv : TD: 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, RR : 20x/m, Spo2: 98%

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

- 1.) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat kesadaran menurun,). Rasional: Deteksi dini peningkatan tekanan intrakranial untuk melakukan tindakan lebih lanjut
 - 2.) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Rasional: Memberikan kenyamanan pada pasien.
 - 3.) Berikan posisi semi fowler. Rasional: Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral.
 - 4.) penatalaksanaan pemberian obat : Citicolin 2x500 mg (IV), Micobalamin 2x500 mg (IV), Apilet 1x80 mg (po)
- b. Diagnosa keperawatan 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri melemah, kaku dan sulit untuk digerakan. Data Objektif : Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, semua

aktivitas pasien makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Pasien tampak lemah.

Kekuatan otot :

4	2
4	2

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

- 1.) Identifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan Rasional : mengidentifikasi kekuatan / kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan.
- 2.) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
Rasional : mengetahui kondisi kesehatan pasien
- 3.) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 4.) Ajarkan latihan rentang gerak atau Range Of Motion (ROM) Rasional : melatih otot atau persendian pasien yang mobilitas sendinya terbatas
- 5.) Anjurkan pasien untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali
Rasional : membantu menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan
- 6.) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
Rasional : mencegah terjadinya cedera pada pasien
- 7.) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
Rasional : agar keluarga mampu melatih pasien secara mandiri

- c. Diagnosa keperawatan 3 : Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan :

Data Subjektif : - . Data Objektif : Pasien tidak dapat berkomunikasi

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

- 1.) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara

Rasional : mengetahui perkembangan pasien

- 2.) 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

- 3.) Ulangi apa yang disampaikan pasien

Rasional : dapat memastikan ucapan yang disampaikan pasien

- 4.) Anjurkan berbicara perlahan

Rasional : agar kemampuan bicara pasien semakin membaik.

- d. Diagnosa keperawatan 4 : 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

- 1.) Identifikasi diet yang dianjurkan

Rasional : untuk mengetahui diet yang dianjurkan

2.) Monitor kemampuan menelan

Rasional : mengetahui kemampuan menelan pasien

3.) Atur posisi yang nyaman untuk makan / minum

Rasional : agar pasien nyaman saat makan / minum

- e. Diagnosa keperawatan 5 : Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk Rs pasien belum BAB. Data Objektif : Peristaltik usus lemah 4 x/m

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan konstipasi membaik dengan kriteria hasil : konsistensi feses membaik, peristaltik usus membaik.

Intervensi keperawatan

1.) Monitor tanda dan gejala konstipasi

Rasional : Mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi

2.) Monitor bising usus

Rasional : Dapat mengidentifikasi dini adanya gangguan mobilitas usus yang menyebabkan konstipasi

3.) Monitor perubahan BAB frekuensi, konsistensi dan warna

Rasional : mengetahui perubahan BAB frekuensi, konsistensi, dan warna

4) Dorong aktivitas yang sesuai dengan kondisi fisik pasien

Rasional : membantu merangsang gerakan usus (peristaltik) untuk mendorong feses melalui saluran pencernaan

5. Implementasi Keperawatan

- a. Tindakan keperawatan pada hari Jumat, tanggal 20 bulan 09 2024

1.) Diagnosa 1

Jam 14:30 melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, SpO₂ dan RR. Hasil: TD:187/111 mmHg, RR: 20x/m, N: 88x/m, SpO₂: 98%. Jam 14:30 memonitor tingkat kesadaran klien Hasil: kesadaran sopor 6 (GCS: E:3, V:2, M:1). 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

2.) 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 : 187/111 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.

3.) 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 dipanggil pasien membuka matanya, pasien tidak berespon seperti mengeluarkan suara atau menggunakan alternatif tersebut. Jam 16.00 : memotivasi keluarga untuk selalu mengajak pasien berbicara.

4.) Diagnosa 4

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

5.) Diagnosa 5

Jam 14.30 : mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi, hasil : pasien memiliki gejala konstipasi yaitu tidak BAB kurang lebih 5 hari. Jam 14.45 : memonitor bising usus, hasil : bising usus pasien 4x/m. Jam 15.00 : mengajar keluarga pasien untuk membantu pasien melakukan aktivitas seperti miring kiri/kanan tiap 2 jam sekali.

b. Tindakan keperawatan pada hari Sabtu, tanggal 21 bulan 09 2024

1.) Diagnosa 1

Jam 08:00 melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, SpO₂ dan RR. Hasil: TD:170/80 mmHg, RR: 24x/m, N: 96x/m, SpO₂: 98%. Jam 08:05 memonitor tingkat kesadaran klien Hasil: kesadaran sopor 6 (GCS: E:3, V:2, M:1). Jam 08:30 mengatur posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang. Jam 09:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung

2.) Diagnosa 2

Jam 08.00 : mengidentifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien belum mampu menggerakkan separuh anggota tubuh. Jam 08.05 : memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, hasil : TD: 170/80 mmHg. Jam 09.00 : 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 09.05 : melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Jam 10.00 : merubah posisi pasien tiap 2 jam sekali

3.) Diagnosa 3

Jam 08.00 : memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume bicara, hasil : pasien belum mampu berbicara dan menjawab pertanyaan. Jam 08.30 : menggunakan metode komunikasi alternatif seperti mengangguk dan menggeleng, hasil : pasien belum mampu menjawab pertanyaan dengan isyarat. Jam 08.30 : menganjurkan ke keluarga pasien untuk selalu mengajak pasien berbicara.

4.) Diagnosa 4

Jam 08.00 : mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan dokter diet cair 6 x 200 cc/NGT. 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.

5.) Diagnosa 5

Jam 08.00 : mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi, hasil : pasien belum BAB kurang lebih 6 hari. Jam 08.05 : mendengarkan bising usus, hasil : bising usus 4 x/m. Jam 08.05 : mengajar keluarga pasien untuk membantu pasien melakukan aktivitas seperti miring kiri/kanan tiap 2 jam sekali.

c. Tindakan keperawatan pada hari/tanggal : Minggu, 22/09/2024

Implementasi hari minggu, 22/ 09/2024 dilakukan dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi.

6. Evaluasi Keperawatan

a. Evaluasi keperawatan pada hari Jumat, tanggal 20 bulan 09 2024,

pukul : 19.00

1.) Diagnosa 1

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien belum sadar. Data Objektif :
Klien tampak lemah, masih tampak pucat, kesadaran sopor 6 (GCS: E:3, V:2, M:1) hasil TTV TD : 187/111 mmHg N : 88x/m ,RR: 20x/m Spo2: 98%.
Assesment : Masalah perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi. Planning :
intervensi dilanjutkan (1-4)

2.) Diagnosa 2

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu
menggerakkan anggota tubuh bagian kiri. Data Objektif : pasien tampak lemah,
tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan, tonus otot :

4	2
4	2

Assesment : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. Planning :
intervensi dilanjutkan (1-7)

3.) Diagnosa 3

Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa berbicara. Data
Objektif : pasien tampak lemah, pasien tidak memberi respon, kesadaran sopor
6 (GCS: E:3, V:2, M:1). Assesment : Masalah gangguan komunikasi verbal
belum teratasi. Planning : Intervensi dilanjutkan (1-4)

4.) Diagnosa 4

Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menelan. Data
Objektif : pasien tampak lemah, terpasang NGT. Pasien belum mampu menelan.

Assesment : masalah gangguan menelan belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)

5.) Diagnosa 5

Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum BAB. Data Objektif : pasien tidak BAB kurang lebih 5 hari, bising usus 4 x/m. Assesment : masalah konstipasi belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)

b. Evaluasi keperawatan pada hari Sabtu, tanggal 21 bulan 09 2024,
pukul : 14.00

1.) Diagnosa 1

Data Subjektif : Keluarga mengatakan tadi pagi sekitar jam 06:00 klien sempat membuka mata dan melirik kearah keluarga pasien tetapi belum bisa berkomunikasi. Data Objektif : Klien tampak lemah, masih tampak pucat, kesadaran somnolen 7 (GCS: E:4, V:2, M:1) hasil TTV TD : 170/80 mmHg N : 96x/m ,RR: 24x/m Spo2: 98%. Assesment : Masalah perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4).

2.) Diagnosa 2

Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri. Data Objektif : pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan. Tonus otot :

4	2
4	2

Assesment : masalah mobilitas fisik belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-7)

3.) Diagnosa 3

Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa mengeluarkan suara. Data Objektif : pasien tampak lemah, pasien menjawab dengan mengangguk dan menggeleng. Assesment : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)

4.) Diagnosa 4

Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa menelan air liurnya. Data Objektif : pasien sudah mampu menelan air liurnya sendiri tetapi belum bisa minum air. Assesment : masalah gangguan menelan belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)

5.) Diagnosa 5

Data Subjektif : keluarga mengatakan pasien belum BAB. Data Objektif : tidak BAB kurang lebih 6 hari, bising usus 4 x/m. Assesment : masalah konstipasi belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)

c. Catatan Perkembangan pada hari/tanggal : Minggu, 22/09/2024

1.) Diagnosa 1

Jam 07:00

Data Subjektif : Keluarga mengatakan pasien sudah membuka matanya tetapi belum berbicara. Data Objektif : kesadaran somnolen 7 (E:4, V:2, M:1) TD: 177/112 mmHg, Nadi : 90 x/menit, SpO₂ : 96 %, Suhu : 36,8 °C, RR :22 x/menit). Assesment : Masalah perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi.

Planning : Intervensi dilanjutkan (1-4)

Intervensi : Jam 08:00 melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, SpO₂ dan RR. Hasil: TD:177/112 mmHg ,RR: 24x/m, N: 96x/m, SpO₂: 98%. Jam 08:05 memonitor tingkat kesadaran klien Hasil: kesadaran somnolen 7 (GCS: E:4, V:2, M:1). Jam 08:30 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan

kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang. Jam 09:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung

Evaluasi : jam 14:00 keluarga pasien mengatakan pasien sudah membuka mata dan melirik kearah keluarga pasien tetapi belum bisa berkomunikasi, kesadaran somnolen 7 (E:4 V:2, M:1) TD:177/112 mmHg, Nadi : 105x/menit, Suhu : 36,4°C.

2.) Diagnosa 2

Jam 07:00

Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri. Data Objektif : pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan. Tonus otot :

4	2
4	2

Assesment : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

Planning : Intervensi dilanjutkan

Intervensi : Jam 08.00 : mengidentifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien belum mampu menggerakkan anggota badan bagian kiri. Jam 08.00 : memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, hasil : TD : 177/112 mmHg. Jam 09.00 : memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Jam 09.00 : menganjurkan latihan rentang gerak atau (ROM), hasil : pasien belum bisa menggerakkan separuh badan bagian kiri jika tidak dibantu. Jam 09.10 : melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Evaluasi : jam 14.00 : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri. Pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan.

3.) Diagnosa 3

Jam 07.00

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa bicara. Data objektif : pasien belum mampu bicara.

Assesment : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan

Intervensi : Jam 08.00 : memonitor kemampuan bicara, hasil : pasien belum bisa bicara. Jam 08.10 : menggunakan metode komunikasi alternatif. Jam 08.15 : menganjurkan untuk bicara secara perlahan.

Evaluasi : kesadaran somnolen 7 (E:4 V:2, M:1), pasien sudah memberi respon dengan mengangguk atau menggeleng secara perlahan.

4.) Diagnosa 4

Jam 07.00

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mampu minum air secara perlahan menggunakan sendok. Data objektif : pasien mampu meminum air secara perlahan menggunakan sendok. Assesment : masalah gangguan menelan sebagian teratasi.

Planning : intervensi dipertahankan

Intervensi : Jam 08.00 : memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien sudah mampu minum air secara perlahan dengan sendok. Jam 09.00 : mengatur posisi semi fowler pada pasien. Jam 10.00 : memberi diet cair/NGT pada pasien.

Evaluasi : keluarga pasien mengatakan pasien sudah mampu minum air secara perlahan menggunakan sendok. Pasien masih terpasang NGT.

5.) Diagnosa 5

Jam 07.00

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien masih belum BAB. Data objektif : belum BAB kurang lebih 7 hari, bising usus 5 x/m.

Assesment : masalah konstipasi belum teratasi.

Planning : intervensi dipertahankan

Intervensi : Jam 08.00 : mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi, hasil : pasien belum BAB kurang lebih 7 hari. Jam 08.10 : mendengarkan bising usus, hasil : bising usus 5 x/m. Jam 08.30 : menganjurkan pasien banyak minum air. Jam 09.00 : melibatkan keluarga untuk selalu membantu pasien melakukan miring kiri dan kanan tiap 2 jam sekali.

Evaluasi : keluarga pasien mengatakan pasien masih belum BAB, bising usus 5 x/m.

B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Ny. B. I. 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 Ny. B. I. di RPD III RSUD Ende.

1. Pengkajian

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 disertai dengan muntah, pusing atau perubahan kesadaran, kesulitan berjalan, mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi.

Hasil pengkajian pada pasien Ny. B. I ditemukan keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota gerak bagian kiri, tidak bisa bicara, kesulitan menelan dan belum BAB kurang lebih 5 hari. TTV= TD: 187/111 mmHg, S: 36,9°C, N: 88 x/mnt, RR: 20 x/mnt, SpO₂ : 98%.

Tanda dan gejala yang ada di teori tetapi tidak ada pada kasus N.y. B. I 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 N.y B. I karena pada kasus N.y B.I belum terjadi pendarahan yang menekan jaringan otak. Gejala gangguan penglihatan dan mual muntah tidak ditemukan pada kasus N.y B.I karena kesadaran pasien menurun sehingga sulit untuk dikaji.

Sedangkan tanda dan gejala yang ada pada kasus tetapi tidak ada pada teori yaitu tidak BAB kurang lebih 5 hari (konstipasi). Secara teori konstipasi terjadi karena adanya gangguan regulasi otonom dan penurunan peristaltik usus. Pada kasus N.y B.I terjadi konstipasi karena pasien mengalami kesulitan menelan sehingga membatasi asupan

cairan dan serat dan pasien mengalami keterbatasan mobilitas atau kurangnya aktivitas fisik yang memperlambat motilitas usus.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke menurut Sari (2021) ada 9, yaitu : resiko perfusi cerebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit nutrisi, gangguan menelan, defisit perawatan diri, risiko jatuh, intoleransi aktivitas, gangguan persepsi sensori. Pada kasus N.y. B. I ditetapkan hanya 5 diagnosa keperawatan yaitu perfusi cerebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, gangguan menelan, dan konstipasi. Sedangkan diagnosa keperawatan lainnya tidak ditetapkan yaitu masalah defisit nutrisi karena kebutuhan nutrisi terpenuhi melalui NGT, defisit perawatan diri, resiko jatuh karena pasien tidak mampu mobilisasi sehingga tidak ada potensi jatuh, intoleransi aktivitas karena tidak ada aktivitas yang bisa dinilai atau dibatasi, dan gangguan persepsi sensori karena status kesadaran menurun sehingga persepsi tidak bisa dinilai.

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi ditujukan untuk menurunkan atau mengatasi masalah perfusi cerebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, gangguan menelan, dan konstipasi. Maka tindakan yang harus dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut. Sedangkan intervensi yang tidak ditetapkan adalah intervensi pada masalah defisit nutrisi, defisit perawatan diri, resiko jatuh, intoleransi aktivitas, dan gangguan persepsi sensori karena masalah – masalah tersebut tidak ditemukan pada kasus

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2017). Implementasi pada Ny. B. I. dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 20 – 22 September 2024. 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.

5. Evaluasi Keperawatan

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 perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi, gangguan mobilitas fisik belum teratasi, gangguan komunikasi verbal belum teratasi, gangguan menelan teratasi sebagian, dan konstipasi 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 berbagai faktor yang mempengaruhi seperti, keterlambatan dalam pengobatan dan penanganan, kurang pengetahuan dari pasien tentang penyakit yang diderita.