

### **BAB III**

#### **LAPORAN KASUS**

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny T dengan diagnosis medis Stroke Non Hemragik di Bangsal Alamanda I RSUD Sleman dikelola selama empat hari dari tanggal 31 Oktober 2022 sampai dengan 3 November 2022 dan mencakup enam tahap proses keperawatan yaitu sebagai berikut:

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pada hari Senin, 31 Oktober 2022 pukul 08.00 WIB di Bangsal Alamnada I RSUD Sleman dilakukan pengkajian keperawatan pada Ny T dengan diagnosis medis Stroke Non Hemoragik. Hasil pengkajian identitas didapatkan Pasien Ny T berumur 81 tahun. Ny T lahir dan bertempat tinggal di Sleman. Ny T masuk ke RSUD Sleman pada tanggal 29 Oktober 2022 dengan diagnosis medis adalah Stroke Non Hemoragik. Penanggungjawab keluarga pasien selama menjalani rawat inap adalah Ny. P yang berusia 56 tahun dan merupakan anak dari Ny T.

Keluhan utama yang dirasakan pasien saat pengkajian adalah kaki dan tangan kiri terasa lemas, sulit untuk digerakkan. Pasien mengeluh nggliyer saat bangun sabtu pagi tanggal 29 Oktober 2022, saat hendak sholat subuh. Tangan dan kaki kiri tiba-tiba terasa lemas dan tidak bisa diangkat, kemudian pasien terjatuh di lantai.

Pada tanggal 29 Oktober 2022 pagi pasien langsung dibawa oleh keluarga pasien ke IGD RSUD Sleman dan telah dilakukan pemeriksaan

darah lengkap, kimia darah, RO thorax dan Head CT Scan. Kemudian pasien masuk ruang rawat inap Bangsal Alamanda I selama enam hari perawatan.

Keluarga mengatakan pasien baru kali ini mengalami Stroke dan harus menjalani rawat inap. Pasien belum pernah mengalami sakit yang parah dan belum pernah menjalani rawat inap sebelumnya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat darah tinggi sejak kurang lebih 2 tahun terakhir tetapi tidak minum obat dan tidak melakukan control rutin ke pelayanan kesehatan. Minum obat tensi saat ada keluhan pusing dan tekanan darah naik saja. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh bahwa salah satu factor yang bisa menyebabkan stroke adalah hipertensi. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Yofa Anggriani (2022) dalam bahwa faktor utama penyebab stroke adalah hipertensi, selain itu juga faktor resiko lainnya adalah merokok, diabetes melitus dan dispidemia sehingga mengakibatkan stroke iskemik dan stroke hemoragik, Keluarga pasien mengatakan bahwa anggota keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular, tidak menular, dan keganasan.

Hasil pengkajian pola gordon yang meliputi pola nutrisi-metabolik, eliminasi, istirahat tidur, persepsi, pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan, toleransi terhadap stress-koping, hubungan peran, kognitif dan persepsi, persepsi diri sampai dengan konsep diri, reproduksi dan kesehatan, serta keyakinan dan nilai didapatkan hasil data yang normal sehingga tidak ditemukan gangguan yang muncul dari masing-masing pola gordon tersebut. Pengkajian kognitif menggunakan MMSE didapatkan skor nilai 28 yang

berarti pasien masih mempunyai fungsi kognitif yang baik.

Keadaan aktivitas sehari-hari selama Ny.T menjalani rawat inap adalah pasien tampak berbaring diatas tempat tidur. Fisik pasien tampak lemah. Gerakan ekstremitas pasien terbatas karena mengalami kelemahan pada kakai dan tangan kiri dengan kekuatan otot pada tangan kiri adalah satu dan kekuaan otot pada kaki kiri adalah dua. Pasien mengatakan tidak mampu mandi dan mengenakan pakaian secara mandiri. Pemenuhan aktivitas mandi dibantu oleh keluarga. Rambut pasien tampak sedikit berantakan. Pakaian pasien tampak lusuh dan tercium bau keringat.

Hasil pemeriksaan fisik pasien Ny T didapatkan bahwa kesadaran composmentis. Pasien memiliki tinggi badan 150 cm dengan berat badan 50 kg. Indeks massa tubuh pasien adalah  $22.22 \text{ kg/m}^2$  yang tergolong dalam gizi baik. hasil pemeriksaan tanda vital adalah tekanan darah 146/80 mmHg, nadi 65x/menit, suhu  $36.8 \text{ }^\circ\text{C}$ , respirasi 20 x/menit dan saturasi oksigen 97 %.

Anggota gerak atas lengkap dan tidak terdapat luka. Capillary refil  $< 2$  detik. Pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri. Kekuatan otot tangan kiri adalah 1 dan kaki kiri adalah 2. Terdapat keterbatasan dalam ROM khususnya pada tangan dan kaki kiri sebelah kiri yang mengalami kelemahan akibat Stroke. Terpasang infus NaCl pada tangan kanan dengan kecepatan 20 tpm.

Hasil pengkajian skala jatuh menggunakan *morse* didapatkan total nilai 60 dan termasuk dalam risiko tinggi jatuh. Hasil pengkajian risiko dekubitus menggunakan *braden scale* didapatkan bahwa total nila 13 yang termasuk

dalam risiko sedang. Hasil pengkajian skor visual plebitis adalah nol yang artinya tidak ada tanda flebitis. Telah dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 29 Oktober 2022 dengan hasil darah lengkap dan kimia darah dalam batas normal, sedangkan kolesterol LDL adalah 104 mg/dl. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Yofa Anggriani (2022) dalam bahwa faktor utama penyebab stroke adalah hipertensi, selain itu juga faktor resiko lainnya adalah merokok, diabetes melitus dan dislipidemia (hiperkolesterol) sehingga mengakibatkan stroke iskemik dan stroke hemoragik. Telah dilakukan pemeriksaan radiologi pada pasien Ny T antara lain rontgen thorax dengan hasil Bronchitis dan Head CT Scan dengan infark di frontalis dextra dan temporalis sinistra. Hasil pengkajian menggunakan NIHSS didapatkan skor nilai 7 dan 5 masing –masing saat masuk dan saat pasien pulang , sehingga dapat disimpulkan pasien mengalami stroke sedang. Pada saat pengkajian yaitu hari Senin, 31 Oktober 2022 pasien mendapat terapi obat ceftriaxone 1 gram/12 jam dengan rute intra vena, citicoline 1gram/12 jam dengan rute intra vena, mecobalamin 500mg/12 jam dengan rute intra vena miniaspi 80mg/ 24 jam dengan rute oral, candesartan 8 mg dengan rute oral, simvastatin 20 mg dengan rute oral serta mendapat infus NaCl dengan kecepatan tetesan 20 tpm.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Hasil pengkajian data yang didapatkan dari Ny T selanjutnya dilakukan interpretasi dan analisis. Analisis dilakukan dengan mengumpulkan data ke dalam kelompok yang memiliki arti dan manfaat. Kelompok data adalah

susunan tanda dan gejala yang dikelompokkan berdasarkan suatu masalah (Induniasih dan Hendarsih, 2016). Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data yang telah dikaji dengan menetapkan, masalah, penyebab, dan didukung oleh data penunjang baik hasil laboratorium maupun rontgen.

Hasil analisa data yang didapatkan dari Ny T ditemukan lima masalah keperawatan yaitu:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054) ditandai dengan Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya lemas, sulit digerakkan. Pasien tampak lemah dan rentang gerak menurun. Kekuatan otot pada tangan kiri 1 dan kekuatan otot pada kaki kiri 2. Gerakan terbatas dan skala ketergantungan pasien adalah tergantung total, semua aktivitas pasien dibantu keluarga.
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan hiperkolestolemia (D.0017) ditandai dengan keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat HT, tapi selama ini tidak melakukan control rutin hanya minum obat saat ada keluhan dan pada saat tensi tinggi saja, keluarga pasien mengatakan tiba-tiba ngglijer dan kaki dan tangan kirinya lemas saat bangun tidur dan hendak sholat subuh pada sabtu pagi sebelum masuk RSPasien mengatakan tangan dan kaki kirinya lemas, sulit digerakkan. Kondisi umum lemah, kesadaran CM  
GCS :15 E3V4M5 TD: 146/80 mmHg, suhu 36.8<sup>0</sup>C
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109) ditandai

dengan: pasien mengatakan tidak mampu mandi dan mengenakan pakaian secara mandiri, rambut pasien tampak agak kotor, bau dan berantakan pakaian pasien tampak lusuh dan tercium bau keringat, pasien tampak lemah dan berbaring diatas tempat tidur

4. Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143) ditandai dengan pasien mengatakan belum bisa berjalan karena kaki kiri yang sedang sakit Pasien mengatakan kaki kiri terasa berat, skore morse adalah 60 (risiko jatuh tinggi, usia pasien 81 tahun, mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kiri, belum bisa berdiri dan berjalan sendiri.

### **C. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan. Diagnosa pertama yaitu gangguan mobilitas fisik dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil mobilitas fisik yaitu pergerakan ekstremitas meningkat, rentang gerak meningkat, dan kaku sendi menurun dengan intervensi dukungan mobilisasi yaitu identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, latih rentang gerak pasif dua kali sehari selama 15- 20 menit setiap kali latihan, ajarkan keluarga pasien cara melatih rentang gerak, libatkan keluarga untuk membantu mobilisasi pasien, jelaskan maksud dan tujuan melakukan mobilisasi, anjurkan keluarga pasien untuk melakukan rentang gerak, dan kolaborasi dengan fisioterapi terkait latihan rentang gerak untuk mendukung mobilisasi pasien (PPNI, 2018).

Pada diagnose gangguan mobilitas fisik penulis membuat perencanaan

latihan rentang gerak (ROM) baik aktif maupun pasif yang dilakukan 2 kali sehari dengan durasi 15-20 menit setiap latihan. Penulis melibatkan keluarga dalam perencanaan, di pagi hari latihan rentang gerak akan dilakukan baik oleh perawat maupun fisioterapis, dan saat sore hari keluarga yang akan membantu memberikan latihan rentang gerak pada pasien. Perencanaan ini berdasarkan dari penelitian yang dilakukan oleh Agusrianto (2020), dalam penelitiannya yang berjudul “Penerapan Latihan *Range of Motion* (ROM) Pasif terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien dengan Kasus Stroke “, dan Isi Rahmadani di Rumah Sakit Umum Curup ICU pada tahun 2019. Pada penelitian selanjutnya yang berjudul “Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Melalui Latihan *Range Of Motion* (Rom) Pasife” juga telah membuktikan ada pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap kekuatan otot pasien stroke non-hemoragik.

Diagnosa resiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif dengan tujuan perfusi serebral pasien meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran dipertahan baik (CM), tidak terjadi perburukan kesadaran dan kondisi, tekanan darah stabil dan membaik (110-130/70-90 mmHg) dengan intervensi identifikasi penyebab peningkatan, monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat,,bradikardia,pola napas ireguler, kesadaran menurun, dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semifowler,kolaborasi pemberian O2, kolaborasi pemberian terapi lain sesuai indikasi (PPNI, 2018).

Diagnosa defisit perawatan diri dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan perawatan diri pasien meningkat dengan kriteria hasil perawatan diri yaitu pasien mandi dan mengganti baju 2 kali sehari, rambut pasien rapi, kuku pasien pendek, badan pasien bersih dan wangi dengan intervensi dukungan perawatan diri yaitu identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, bantu memandikan pasien, bantu mengenakan pakaian pasien, bantu memotong kuku pasien, bantu menyisir rambut pasien, bantu membersihkan buang air besar pasien, anjurkan dan libatkan keluarga dalam membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien (PPNI, 2018).

Diagnosa risiko jatuh dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam, tingkat jatuh pasien menurun dengan kriteria hasil tingkat jatuh yaitu jatuh dari tempat tidur menurun dan jatuh saat duduk menurun dengan intervensi pencegahan jatuh yaitu identifikasi faktor risiko jatuh, pastikan kunci roda bed dalam posisi terkunci, pasang handrail tempat tidur, pasang stiker kuning sebagai tanda risiko jatuh digelang identitas pasien, dan anjurkan keluarga untuk menemani dan mendampingi pasien (PPNI, 2018).

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan yang sudah diberikan kepada Ny T untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan gangguan muskuloskeletal pada hari Senin, 31 Oktober 2022 sampai dengan Kamis 3 November 2022 meliputi mengidentifikasi toleransi fisik pasien dalam melakukan pergerakan,

melatih rentang gerak pasif 2x/hari selama 15-20 menit setiap kali latihan, saat pagi hari perawat yang akan melakukan latihan rentang gerak dan saat sore hari keluarga yang memberikan latihan rentang gerak pasif, menjelaskan tujuan melakukan mobilisasi, mengajarkan keluarga pasien cara melatih rentang gerak, menganjurkan keluarga pasien untuk melakukan rentang gerak, melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi pasien, dan melakukan kolaborasi lintas bidang kepada fisioterapi.

Tindakan keperawatan yang sudah diberikan kepada Ny T untuk diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan pada hari Senin, 31 Oktober 2022 sampai dengan Kamis 3 November 2022 meliputi mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, memandikan pasien, mengganti pakaian, menyisir rambut, mengikat rambut, membantu pasien membersihkan buang air besar, dan membantu menyuapi makan pasien.

Tindakan keperawatan yang sudah diberikan kepada Ny T untuk diagnosa risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun pada hari Senin, 31 Oktober 2022 sampai dengan Kamis 3 November 2022 meliputi memastikan kunci roda tempat tidur dalam posisi terkunci, memasang *handrail*, menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien, memposisikan pasien berada ditengah kasur bed, dan mendekatkan bel di samping pasien.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat diprencanaan Evaluasi keperawatan merupakan hasil respon pasien setelah

dilakukan tindakan keperawatan yang terdiri dari data subyektif yaitu data yang berasal dari respon pasien secara lisan, data obyektif yaitu data dari hasil observasi, pemeriksaan laboratorium, terapi obat, pemeriksaan penunjang, assessment yaitu masalah keperawatan yang sudah teratasi atau belum teratasi, dan planning sebagai rencana tindak lanjut. Tujuan dari evaluasi keperawatan adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Budiono, 2016).

Evaluasi keperawatan hari terakhir yaitu pada hari Kamis, 3 November 2022 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan gangguan neuromuskuler adalah keluarga pasien mengatakan bersedia melakukan rentang gerak minimal 2 kali dalam sehari, telah dilakukan latihan rentang gerak pasif selama minimal 15-20 menit setiap kali latihan, keluarga pasien mampu mempraktikkan melatih rentang gerak pada pasien dengan benar, pasien dan keluarga nampak antusias saat diajarkan latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak dilaksanakan sesuai dengan perencanaan, saat pagi hari perawat yang membantu melakukan latihan dan saat sore hari keluarga yang bertugas membantu melakukan latihan rentang gerak. kekuatan otot tangan kiri adalah dua dan kaki kiri adalah tiga. Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dan kelola rencana pulang pasien, motivasi pasien dan keluarga untuk tetap melanjutkan latihan rentang gerak aktif dan pasif selama di rumah, rencana control 1 minggu setelah pulang dan direncanakan program fisioterapi lanjutan / rawat jalan

Evaluasi keperawatan hari terakhir yaitu pada hari Kamis, 3 November 2022 dengan diagnose resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan hiperkolesterolemia adalah keluarga pasien mengatakan keadaan pasien tampak semakin membaik, tensi darah mulai stabil, keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, tanda-tanda vital stabil tekanan darah 127/70 mmHg nadi 76 x/menit Suhu 36,5oC respirasi 20 x/menit, dan saturasi oksigen 98 % dengan O2 sudah dilepas Masalah resiko perfusi jaringan serebral teratasi dan planning kelola rencana pulang, motivasi control lanjutan satu minggu setelah pulang, kelola terapi pulang sesuai program, motivasi pasien untuk minum obat sesuai anjuran.

Evaluasi keperawatan hari terakhir yaitu pada hari Kamis, 3 November 2022 dengan diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan adalah pasien tampak bersih, rambut pasien tampak rapi, pasien menghabiskan separuh porsi makan, kuku pasien bersih dan pendek. Masalah defisit perawatan diri teratasi. Planning motivasi keluarga untuk membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien selama di rumah.

Evaluasi keperawatan hari terakhir yaitu pada hari Kamis, 3 November 2022 dengan diagnosa risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun adalah kunci roda tempat tidur dalam posisi terkunci, handrail terpasang, keluarga tampak selalu mendampingi pasien, posisi pasien berada ditengah bed. Masalah risiko jatuh teratasi sebagian dan planning lanjutkan intervensi.

## **F. Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan mencakup 5 tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Dokumentasi pengkajian dilakukan setelah mendapat hasil data pengkajian pasien. Data yang diperoleh dari pengkajian kemudian dikelompokkan berdasarkan masalah yang selanjutnya dianalisis untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Dokumentasi diagnosa keperawatan diurutkan berdasarkan prioritas masalah yang mengancam nyawa. Dokumentasi perencanaan dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan. Dokumentasi implementasi dilakukan setelah memberikan tindakan keperawatan maupun tindakan kolaborasi. Dokumentasi evaluasi meliputi evaluasi respon yang dirasakan pasien setelah pemberian suatu tindakan. Dokumentasi keperawatan dituliskan dan didokumentasikan ke dalam catatan perkembangan pasien. Pendokumentasian juga telah disertakan nama penulis, tanda tangan, tanggal, dan juga jam sebagai bentuk tanggungjawab dan tanggungugat.