

BAB III

GAMBARAN KASUS

A. PENGKAJIAN

Dari hasil pengkajian didapatkan pada 08 Juli 2024 Pukul 18.45 wita seorang laki - laki berinisial Tn. Ya diantar ke bangsal Anna dengan menggunakan kursi roda. Pengkajian di ruangan pada 09 Juli 2024 Pukul 09.30 wita Pasien dibawa kerumah Sakit pada tanggal 8 juli 2024, Pukul 18.45 Wita dengan keluhan Kelemahan ekstremitas kanan atas dan bawah. Pasien berbicara kurang jelas dan kecil serta demam juga batuk. Di dapati hasil pemeriksaan di IGD, Kesadaran : Composmentis, Ku : Lemah. TTV : TD: 170/110 T:38.4 P:89 R: 21, MAP :150 mmhg, Serta terpasang Infus RL, nafsu makan turun pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disajikan, nyeri di abdomen kudran kanan atas dan kuadran kanan bawah terasa begah bertambah penuh pada saat duduk dan berkurang ketika tiduran, Keluarga Pasien mengatakan Pasien masih batuk berdahak,Nafas Kadang sesak,Makan kadang tersedak,Badan lemah.Bicara belum bisa, tangan kanan dan kaki kanan kaku susah di gerakan, Serta Sekarang badan pasien tidak panas lagi, Pasien Kelihatan lemah, Kesadaran composmentis, Batuk keras serta dahak lendir putih kental, Tangan serta kaki Kanan kaku.Pengkajian fisik pasien menunjukkan ekstermitas pasien tampak, Tangan kanan dan Kaki kanan tampak lemah dan kaku.

Pengkajian 11 pola gordon, pola aktifitas-latihan mandi dan berpakaian dibantu oleh orang lain disebabkan pasien kesulitan melakukan orang lain karena terpasang infus pada tangan kanan. Pola nutrisi metabolik pasien menjalani diet rendah natrium, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan. Pola eliminasi pasien tidak ada BAB. Pola tidur dan istirahat pasien tidur siang tidak menentu, pada malam hari pasienhanya tidur 3-4 jam dikarenakan sering terbangun. Pola kebersihan diri, mandi dan sikat gigi dibantu oleh keluarga karena terpasang infus. Pola toleransi-koping stress, pasien khawatir dengan anggota keluarga yang agak kesulitan untuk bergantian menjaga pasien di RS, dan pasien juga khawatir dengan keluarganya yang menjaganya di RS. Pola peran hubungan tidak mengalami

masalah. Pola komunikasi tidak mengalami masalah. Pola kepercayaan tidak mengalami masalah

Pemeriksaan laboratorium darah lengkap menunjukkan adanya kenaikan kolestrol total yaitu 227 mg/dl yang dapat mengindikasikan adanya penyakit yang sedang terjadi. Hasil pemeriksaan USG abdomen Appendicitis akut.

B. ANALISA DATA

Tabel 3.1 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit bernafas <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas abnormal RR: 26 x/mnt - Klien terlihat sesak <p>Klienterpasang</p> <p>O2 nasal</p> <p>kanul 5l/m</p>	Depresi pusat penafasan	<p>(D.0005)</p> <p>Pola nafas tidak efektif</p>
2.	<p>Faktor risiko yang mungkin terjadi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperkolesteronemia • Infark Miokard akut • aterosklerosis aorta • Sindrom sick sinus • Embolisme • Diseksi arteri • Hipertensi 	Hipertensi	<p>(D.0017)</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>

3.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah - Klien mengatakan lemah untuk beraktifitas - Klien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot klien menurun $\begin{array}{r} 5 2 \\ 5 2 \end{array}$ - Aktifitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat - Rentang gerak (ROM) menurun - Klien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur - Klien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLnya 	Kekuatan otot meurun	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik
4.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan sulit berbicara <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sulit berbicara - Klien terlihat kurang jelas saat berbicara - Klien terlihat pelo 	Neuromuskular	(D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan
5.	<p>Faktor risiko yang mungkin terjadi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usia \geq 65 tahun (pada dewasa) atau \leq 2 tahun (pada anak) • Riwayat Jatuh • Penurunan tingkat kesadaran • Penggunaan alat bantu berjalan • Perubahan fungsi kognitif • Gangguan keseimbangan • Penurunan kekuatan otot 	Penurunan Kekuatan Otot	(D.0143) Resiko jatuh - Kekuatan otot klien menurun $\begin{array}{r} 5 2 \\ 5 2 \end{array}$

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Penegakan diagnosa disesuaikan dengan keluhan dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, dari data yang didapatkan pasien mengalami hipertensi sehingga diagnosa yang diangkat Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) dibuktikan dengan Hipertensi

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

mobilisasi progresif sebelum melakukan tindakan mobilisasi progresif, ners muda menjelaskan terlebih dahulu tindakan yang akan dilakukan dan tujuannya pada klien dan/atau keluarga klien, setelah itu meminta persetujuan dan melakukan kontrak waktu untuk dilaksanakannya tindakan. Kemudian, ners muda melakukan cuci tangan 6 langkah dengan menggunakan handscrub, melakukan pengukuran tekanan darah, MAP, nadi, suhu dan saturasi oksigen. Setelah dilakukan pengukuran, klien diposisikan lurus dan tegap. Selanjutnya, dilakukan mobilisasi progresif dengan awalan meninggikan kepala klien 30o dengan bantal atau memutar tuas bed.

Rencana asuhan keperawatan Tn.Ya dengan diagnosa keperawatan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pernapasan bertujuan Pola napas membaik diberi kode (L.01004) dengan kriteria hasil : Manajemen jalan nafas, Pemantauan respirasi, Pengaturan posisi, Berikan O2, Stabilisasi jalan nafas

Rencana asuhan keperawatan Tn.Ya dengan diagnosa keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan SNH bertujuan Manajemen TIK (Pemantauan Neurologis) (I.06197) dengan kriteria hasil : Monitor tanda-tanda vital, Monitor tingkat kesadaran, Monitor adanya keluhan sakit kepala, Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas, Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK, Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial

Rencana asuhan keperawatan Tn.Ya dengan diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot menurun bertujuan Mobilitas fisik meningkat diberi kode L.05042 dengan kriteria hasil : Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan, Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan, Bantu klien menggunakan tongkat saat berjalan, Ajarkan klien dan keluarga tentang Teknik ambulasi, Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi, Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri

sesuai, Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Rencana asuhan keperawatan Tn.Ya dengan diagnosa keperawatan Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan Neuromuskular bertujuan komunikasi verbal meningat (L13118) dengan kriteria hasil : Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara, Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, Ulangi apa yang di sampaikan klien, Anjurkan berbicara perlahan, Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara.

Rencana asuhan keperawatan Tn.Ya dengan diagnosa keperawatan Resiko Jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun bertujuan pencegahan jatuh (I.14540) dengan kriteria hasil : Identifikasi faktor risiko jatuh, Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift, Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala, Monitor kemampuan.

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Mobilisasi progresif merupakan tindakan yang dilakukan secara bertahap berurutan dengan (EBP) posisi awal Head of Bed 30° selanjutnya klien diposisikan miring ke kiri dan ke kanan. Tindakan ini memberikan dampak yang positif pada berbagai sistem tubuh. Pada sistem pernafasan tindakan ini dapat memperbaiki fungsi pernafsaan seperti frekuensi nafas, irama, ventilasi alveolar, dan pengembangan diafragma. Hal ini dapat memperbaiki transpor oksigen ke seluruh tubuh dan berdampak terhadap saturasi oksigen klien. Selain itu proses sirkulasi darah dapat pula dipengaruhi oleh posisi tubuh terhadap gravitasi. Sehingga fungsi perfusi, difusi, dan distribusi aliran darah serta oksigenasi dapat terpenuhi ke seluruh tubuh.

Berdasarkan prioritas masalah keperawatan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pernafasan bertujuan Pola napas membaik diberi kode (L.01004) dengan Manajemen Jalan Napas (I.01011) adalah

Frekuensi pernafasan, dipertahankan pada 4, ditingkatkan pada 5 Irama pernafasan dipertahankan pada 4, ditingkatkan pada 5, Suara auskultasi nafas dipertahankan pada 5 ditingkatkan pada 5

Berdasarkan prioritas masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan SNH bertujuan Manajemen TIK (Pemantauan Neurologis) (I.06197) adalah Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) dengan Nilai rata-rata tekanan darah dipertahankan pada 3, ditingkatkan ke 4, Tekanan intrakranial, dipertahankan pada 3, ditingkatkan pada 4.

Berdasarkan prioritas masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot menurun bertujuan Mobilitas fisik meningkat diberi kode L.05042 dengan Dukungan Ambulasi (I.06171) adalah Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5

Berdasarkan prioritas masalah keperawatan Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan Neuromuskular bertujuan komunikasi verbal meningkat (L13118) dengan Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) adalah Menggunakan bahasa tertulis dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, Menggunakan bahasa lisan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, Mengenal pesan yang diterima dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5

Berdasarkan prioritas masalah keperawatan Resiko Jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun bertujuan pencegahan jatuh (I.14540) dengan Pencegahan Jatuh (I.14540) adalah Memonitor faktor risiko di lingkungan dipertahankan 4 ditingkatkan 5, Memonitor faktor risiko individu dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5, Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, Gerakan otot, dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif didapatkan setelah diberikan implementasi keperawatan pada pasien didapatkan : S : Klien mengatakan masih sesak nafas, O : Klien terpasang O2

nasal kanul 4 liter, RR : 25 x/mnt, A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi : Pengaturan posisi, Berikan O₂

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif pasien Tn.Ya pada 9 Juli 2024 pukul 19.00 wita didapatkan setelah diberikan implementasi keperawatan pada pasien didapatkan Kesadaran compos mentis GCS 15 (E4M6V5), Tanda-Tanda Vital TD: 170/110mmHg, N: 100 x/menit, RR: 26 x/menit S: 37°C, MAP : 150 mmhg, Bicara klien pelo, fisik klien tampak lemah A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi : Monitor tanda-tanda vital, Monitor tingkat kesadaran

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik didapatkan setelah diberikan implementasi keperawatan pada pasien didapatkan : S: Klien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan, O : Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat, Klien hanya berbaring ditempat tidur, A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi : Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai, Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal didapatkan setelah diberikan implementasi keperawatan pada pasien didapatkan : S: Klien mengatakan sulit berbicara, O: Klien sulit berbicara, Klien terlihat kurang jelas saat berbicara, Klien sulit mengungkapkan kata-kata, A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi, P: Lanjutkan intervensi : Ulangi apa yang di sampaikan pasien, Anjurkan berbicara perlahan

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan resiko jatuh didapatkan setelah diberikan implementasi keperawatan pada pasien didapatkan S : - , O : Skala morse kategori risiko, Pagar pengaman klien selalu terpasang, A: Masalah risiko jatuh belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi : Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala, Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya

G. EVIDENCE BASED NURSING

Berdasarkan tindakan yang dilakukan pada implementasi keperawatan dari diagnosa keperawatan diatas, maka penulis menemukan jurnal penelitian untuk mendukung intervensi yang diberikan kepada pasien. pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral implementasi yang dilakukan yaitu memberikan Penelitian kasus yang dilakukan oleh Kusuma & Anggraeni (2021) menunjukkan bahwa pemberian posisi kepala 30° merupakan tindakan yang berfungsi memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motorik, sehingga penyembuhan pada pasien stroke akan menjadi lebih cepat. Penelitian kasus Septiani Khoirul Falah, Maula Mar'atus Solikhah (2023) menunjukkan bahwa adanya pengaruh terhadap skor NIHSS pasien stroke sebelum dan sesudah asuhan keperawatan pada pasien stroke: penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral dengan intervensi posisi kepala 30 derajat yang dilakukan selama 4 hari dengan frekuensi 3 kali sehari.