

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Data Umum Klien

Tn. S seorang laki-laki berusia 73 tahun beralamatkan di Bangunjiwo, Kasihan, Bantul. Pendidikan terakhir Tn. S adalah SMP dan beragama Islam. Sebelum sakit, Tn. S bekerja sebagai pekerja seni (pembuatan wayang dan melatih karawitan). Saat ini Tn. S didiagnosis stroke non hemoragik. Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 April 2025.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama saat ini:

Keluarga pasien berkata bahwa saat ini pasien mengalami kelemahan kaki dan tangan sehingga hanya bisa tiduran saja. Segala kebutuhan pasien dibantu total oleh keluarga. Keluarga Tn. S mengatakan bahwa saat ini nafsu makan pasien menurun. Pasien nampak lemah dan sulit untuk diajak komunikasi (sehingga tidak dapat mengkaji lebih dalam apa yang dirasakan pasien saat ini). Keluarga pasien mengatakan bahwa Tn. S susah diajak komunikasi sejak menderita stroke.

b. Riwayat kesehatan masa lalu:

Keluarga pasien menyampaikan bahwa dahulu pasien sering mengalami vertigo dan pernah didiagnosis hipertensi kurang lebih sudah 10 tahun yang lalu, namun tidak minum obat rutin maupun kontrol. Kemudian 2 bulan lalu, tepatnya tanggal 04 Februari 2025, pasien tiba-tiba mengalami pusing hebat dan terjatuh. Kemudian pasien dirawat di RS PKU Bantul dan didiagnosis mengalami Stroke. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dirawat selama kurang lebih selama 1 minggu di RS. Keluarga pasien mengatakan bahwa 1 minggu yang lalu pasien juga kembali masuk rumah sakit PKU Bantul karena muntah-muntah, pasien

dirawat selama 3 hari.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga:

Keluarga Tn. S mengatakan adik dan kakak kandung Tn. S memiliki riwayat Diabetes Mellitus

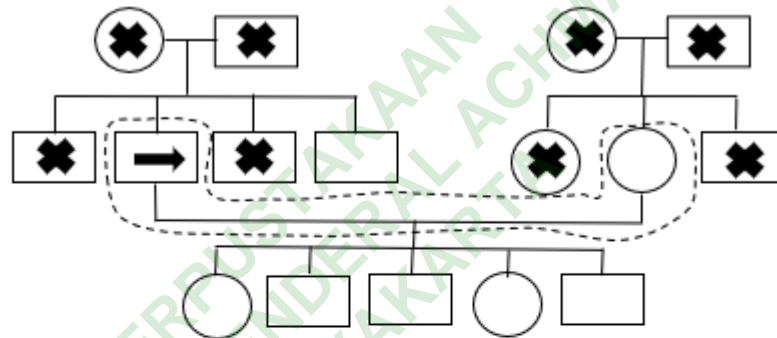
d. Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya:

Keluarga Pasien menyampaikan bahwa Tn. S tidak memiliki riwayat kecelakaan ataupun pembedahan

e. Riwayat Alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh:

Keluarga pasien mengatakan saat ini pasien mengonsumsi obat sistenol

f. Genogram



Keterangan:

- Laki-laki
- Perempuan
- ➔ Pasien
- ✕ Meninggal
- Tinggal serumah

Gambar 4.1 Genogram

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Pernafasan

Respirasi rate Tn. S adalah 20x/menit. Tn. S. Memiliki riwayat merokok tetapi sudah berhenti sejak 10 tahun yang lalu. Hasil pemeriksaan thoraks inspeksi didapatkan hasil pengembangan dada kiri dan kanan nampak simetris dan tidak nampak adanya penggunaan otot bantu napas. Palpasi tidak ada nyeri tekan dan taktil fremitus simetris. Pemeriksaan perkusi didapatkan hasil resonan. Sementara itu, pemeriksaan auskultasi bunyi nafas vesikuler dan tidak ada tambahan bunyi nafas. Tn. S tidak memiliki riwayat penyakit pernapasan sebelumnya.

b. Sistem Kardiovaskular

Tn. S memiliki riwayat hipertensi namun tidak terkontrol. Pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil 98/75 mmHg, pemeriksaan CRT < 2 detik, dan Nadi 85x/menit. Pemeriksaan inspeksi menunjukkan ictus cordis tak nampak. Sementara itu, hasil palpasi menunjukkan ictus cordis teraba di ICS 5 midclavicula sinistra. Pemeriksaan perkusi redup serta auskultasi bunyi S1 dan S2 reguler. Tn. S mengalami kebas atau kesemutan di seluruh ekstremitas.

c. Sistem Gastrointestinal

Berat badan Tn. Saat ini tidak dapat terkaji. Sementara itu, tinggi badan Tn. S adalah 155cm. Menurut keterangan keluarga, pasien mengalami penurunan berat badan yang drastis semenjak pasien sakit stroke. Pasien nampak kurus. Membran mukosa pasien nampak kering dan pucat. Pemeriksaan abdomen inspeksi menunjukkan tidak ada benjolan maupun lesi. Pemeriksaan auskultasi didapatkan hasil bising usus 12x/menit. Perkusi timpani dan tidak ada nyeri tekan ketika dilakukan palpasi.

Keluarga pasien mengatakan Tn. S mengalami penurunan nafsu makan. Saat ini Tn. S makan 3-4x sehari dengan porsi yang sangat sedikit (5-7 sendok). Balance cairan selama 24 jam sulit terkaji karena pasien

menggunakan diapers, dan keluarga juga kesulitan untuk mengukur frekuensi BAK meskipun sudah diedukasi.

d. Sistem Neurosensori

Keadaan umum Tn. S sedang dengan tingkat kesadaran composmentis. Tn. S memiliki riwayat stroke sejak 2 bulan yang lalu. Saat ini Tn. S mengalami kebas atau esemutan di seluruh ekstremitas. Tn. S sulit diajak komunikasi karena keterbatasan pendengaran dan tidak mampu berbicara. Saat diajak berkomunikasi kontak mata Tn. S kurang baik.

e. Sistem Muskuloskeletal

Tn. S mengalami kelemahan anggota gerak, baik anggota gerak atas maupun bagian bawah. Seluruh ekstremitas Tn. S memiliki skala kekuatan otot 2, yang artinya otot dapat menggerakkan anggota tubuh tetapi tidak mampu melawan gravitasi (menggunakan instrumen *Manual Muscle Test*). Sementara itu, jumlah skor ADL Tn. S seluruhnya adalah 0. Yang berarti seluruh kebutuhan sehari-hari Tn. S, seperti BAB, BAK, menggunakan toilet, berdandan, makan, berpakaian, berpindah tempat, serta mobilisasi harus bergantung pada orang lain.

f. Sistem Integumen

Keluarga pasien mengatakan bahwa Tn. S tidak memiliki riwayat alergi. Suhu kulit hangat serta tidak ada masalah integumen lainnya.

g. Sistem Eliminasi

Tn. S dalam sehari BAB sebanyak 1x dengan konsistensi feses lunak, warna kuning kecokelatan, serta bau khas. Tidak terdapat masalah dalam eliminasi fekal Tn. S. Sementara itu, terkait dengan eliminasi urin tidak dapat terkaji berapa kali pasien BAK karena Tn. S mengenakan diapers. Tidak terdapat masalah atau keluhan eliminasi urin yang dialami Tn. S.

h. Sistem Reproduksi

Tn. S sudah dilakukan sirkumsis. Tidak terdapat keluhan ataupun masalah terkait dengan sistem reproduksi.

4. Pengkajian Psikososial

a. Nilai / Kepercayaan

Tn. S menganut agama islam. Meskipun sakit, keluarga pasien mengatakan bahwa Tn. S tetap melaksanakan ibadah sholat. Gaya hidup keluarga Tn. S sederhana. Tidak terdapat masalah terkait dengan nilai/kepercayaan.

b. Koping / stress

Status emosional Tn. S tenag. Untuk aspek lain mengenai koping dan stres tidak dapat terkaji secara maksimal karena keterbatasan pasien untuk berbicara.

c. Hubungan

Saat ini Tn. S tinggal berdua bersama istrinya. Meskipun demikian, anak dan kerabat Tn. S masih sering untuk mengunjunginya. Semenjak sakit Tn. S sudah tidak lagi mengikuti kegiatan masyarakat.

d. Persepsi Diri

Persepsi diri Tn. S tidak dapat terkaji

5. Defisit Pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

Bahasa utama yang digunakan Tn. S dan keluarga adalah bahasa jawa. Saat ini kebutuhan pendidikan yang diperlukan adalah pendidikan kesehatan mengenai perawatan Tn. S di rumah.

6. Discharge Planning

Tidak terdapat discharge planning karena pasien telah dirawat di rumah.

7. Data Penunjang

Tidak terdapat pemeriksaan penunjang

8. Terapi

Tidak terdapat terapi yang diberikan

B. Analisis Data

Tabel 4.1 Analisis Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien menyampaikan bahwa saat ini Tn. S mengalami kelemahan kaki dan tangan sehingga hanya bisa tiduran saja. - Keluarga pasien menyampaikan bahwa segala kebutuhan pasien dibantu total oleh keluarga. - Pasien mengeluh kesemutan di semua ekstremitas <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak lemah dan sulit diajak berkomunikasi - Seluruh skor <i>Activiy Daily Living</i> (ADL) pasien adalah 0, yang berarti seluruh kebutuhan pasien bergantung pada orang lain - Rentang gerak terbatas - Kekuatan otot seluruh ekstremitas kanan kiri adalah 2 (otot dapat menggerakkan anggota tubuh tetapi tidak mampu melawan gravitasi) 	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot
2.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga Tn. S mengatakan nafsu makan pasien menurun - Keluarga pasien mengatakan Tn. S mengalami penurunan berat badan yang drastis 	Defisit nutrisi	Ketidakmampuan menelan makanan

	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga Tn. S mengatakan bahwa Tn. S hanya makan sedikit-sedikit (5-7 sendok) <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak lemah - Pasien nampak kurus - Pasien nampak kesulitan saat menelan - Membran mukosa kering 		
3.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan semenjak menderita stroke Tn. S sulit diajak berkomunikasi <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mampu berbicara - Pasien mengalami keterbatasan pendengaran - Kontak mata kurang ketika berkomunikasi 	Gangguan komunikasi verbal	Gangguan neuromuskuler

C. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak terbatas, dan fisik lemah (D.0054)
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan nafsu makan menurun dan otot menelan lemah
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan tidak mampu berbicara atau mendengar

D. Rencana Keperawatan

Tabel 4.2 Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	LUARAN (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
1.	<p>(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak terbatas, dan fisik lemah</p>	<p>Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat (dari skala 2 menjadi skala 4) - Rentang gerak meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.0513)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik - Monitor kondisi umum selama mobilisasi <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan - Berikan latihan rentang gerak - Libatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur dan tujuan dukungan mobilisasi - Anjurkan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana

		dalam meningkatkan pergerakan pasien dengan melakukan terapi genggam bola karet secara rutin (pagi, siang, dan sore)	pasien meningkatkan pergerakan Edukasi - Ajarkan mobilisasi sederhana	
1.	12/04/2025 08.30 15.30	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau toleransi fisik pasien dalam melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama mobilisasi - memberikan Latihan <i>Range of Motion dan</i> terapi genggam bola karet - Melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan pasien - Memantau toleransi fisik pasien dalam melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama mobilisasi - Melakukan Latihan <i>Range of Motion dan</i> terapi genggam bola karet - Mengingatnkan keluarga pasien untuk rutin memberikan terapi genggam bola karet (pagi, siang, sore) 	<p>12/04/2025 16.00</p> <p>S: Pasien sulit diajak komunikasi. Pasien masih mengeluh sakit (ditunjukkan dengan pasien mengerang) ketika dilakukan ROM, terutama pada kaki.</p> <p>O: Pasien masih nampak lemah, pasien mampu menggenggam bola karet yang diberikan, rentang gerak masih terbatas, kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan kiri adalah 2 serta kekuatan otot ekstremitas bawah kanan dan kiri adalah 2. Keluarga ikut terlibat latihan ROM dan terapi genggam bola karet</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik - Monitor kondisi umum selama mobilisasi <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi_dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan 	<i>J. I.</i> Singgih

