

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Studi Kasus**

##### **4.1.1 Hasil Pengkajian**

Pengkajian pada pasien dilakukan tanggal 11 April 2023 pada pukul 08.00 WIB dimana pasien sudah ditempatkan di ruangan Umar Bin Khatab I. Pasien bernama Tn.A berusia 65 tahun dan beralamatkan di Cipurut RT 04/05 Kelurahan. Baros Kecamatan. Arjasari Kabupaten. Bandung Jawa Barat, pasien beragama Islam dengan pendidikan terakhir SD, dan pasien sudah tidak bekerja. Pada saat dikaji tanggal 11 April 2023, pasien mengatakan anggota badan sebelah kiri tidak dapat digerakkan, pasien mengeluh sesak, sesak mulai dirasakan saat kesulitan mengeluarkan dahak saat batuk dan sesak terasa ketika pasien melakukan aktifitas sehari-hari, sesak terasa seperti tertimpa benda berat, sesak terasa dibagian dada dan tidak menyebar, sesak terasa setiap waktu. Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat dan menjalankan operasi benjolan pada lehernya 6 bulan yang lalu, pasien mempunyai riwayat darah tinggi, dan tidak mempunyai riwayat kesehatan dahulu seperti diabetes, jantung dan lainnya.

Kesadaran Tn.A Composmentis GCS 15 (E4V5M6). Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil Tekanan darah : 146/100 mmHg, Respirasi:

21x/menit, Nadi : 90x/menit, Suhu : 36,6° C, SpO<sub>2</sub> : 96 % . Dalam pemeriksaan fisik didapatkan hasil anggota badan pasien sebelah kiri tidak dapat digerakkan, pasien sesak, dahak tidak keluar, ketajaman penglihatan sudah tidak terlalu jelas, dan bicara sedikit tidak jelas.

Pemeriksaan psikososial dan spiritual didapatkan bahwa pasien dapat mengatur dengan baik emosinya, tidak ada cemas berlebih, koping serta komunikasinya baik, pasien dapat menerima dirinya dalam segala peran sebagai ayah. Pasien senantiasa bersyukur, sabar, dan ikhlas atas apa yang dirinya alami sekarang meskipun sedang sakit, pasien juga mengatakan kondisi sekarang adalah penggugur dosa. Pasien yakin akan kesembuhannya.

Pemeriksaan laboratorium telah dilakukan pada tanggal 10 April 2023 didapatkan hasil Hemoglobin 20.1 g/dl, leukosit 7490 sel/uL, eritrosit 6.76 juta/uL, hematokrit 61.0 %, trombosit 176000 sel/uL, natrium 134 mmol/L, kalium 4.7 mmol/L, kalsium 1.23 mmol/L, AST 20 U/L, ALT 46 UL/L, ureum 46 mg/dL, kreatinin 2.01 mg/dL, glukosa darah sewaktu 99 mg.dL , kolesterol total 179 mg/dL, Triglicerida 95 mg/dL, kolesterol HDL 35 mg/dL, kolesterol LDL 126 mg/dL. Pasien diberikan juga terapi obat omz 1x40 mg, citicolin 2x500 mg, lasix 2x20 mg, levofloxacin 1x750 mg, resfar 9-8-8, nebu ventolin 4x1, nebu pulmicort 2x2, clopidogrel 1x1tab, spirinolacton 1x12,5 mg, captopril 2x6,25 mg, simvastatin 1x200 mg, concor 1x1,25 mg, c mystatin ED 3x1 Os, hyalub 4-6x ODS, sucralfat 3x1, simarc 1x2 mg, methylprednisolone 2x4 mg.

#### **4.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan Diagnosa Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ditandai dengan Hipertensi, Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan anggota badan sebelah kiri, Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler ditandai dengan terdengar suara ronchi dan Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan anggota badan sebelah kiri.

#### **4.1.3 Perencanaan Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ditandai dengan Hipertensi diantaranya Kaji ulang faktor penyebab peningkatan TIK, monitor tanda/gejala peningkatan TIK, berikan posisi head up semi fowler, observasi tingkat kesadaran, monitor TTV, kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen.

Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri diantaranya Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur), cek ulang kekuatan otot, fasilitasi melakukan mobilisasi dini, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur

mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), Intervensi pendukung yaitu pengaturan posisi, monitor status oksigenasi, atur posisi untuk mengurangi sesak (semi fowler), motivasi melakukan ROM aktif atau pasif, ubah posisi setiap 2 jam.

Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler ditandai dengan terdengar suara ronkhi diantaranya Monitor pola nafas, monitor bunyi napas tambahan (mis gurgling, mengi, wheezing, ronkhi), monitor sputum, pertahankan kepatenan jalan nafas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan minuman hangat, lakukan penghisapan lender, anjurkan cairan 2000ml/hari, dan ajarkan teknik batuk efektif.

Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri diantaranya Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan berhias, sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi), dampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri, siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi), fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan.

#### **4.1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan kepada Tn.A dihari pertama yaitu Memonitor TTV dimana di dapatkan hasil TD 146/100 mmHg, Nadi 90x/mnt, Suhu 36,6° C, RR 22x/mnt, Spo2 96%. Kesadaran pasien composmentis pasien tampak lemas. Berkolaborasi pemberian oksigen, pasien diberikan oksigen nasal canul 5 lpm.

Menganjurkan mobilisasi sederhana dan pasien bersedia untuk dibantu duduk di tempat tidur dan diberikan posisi semi fowler. Mengecek ulang kekuatan otot, kekuatan ekstremitas otot atas dan bawah sebelah kanan 5 dan kiri 0. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, pasien dan keluarga mengerti tujuan dan prosedur yang dijelaskan perawat. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga akan membantu pasien dalam melakukan mobilisasi. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif pada semua ekstremitas, pasien mengerti dan melakukan latihan rentang gerak dengan tenang, dan kekuatan ekstremitas atas bawah kiri 0 dan kanan 5. Mengubah posisi minimal 2 jam sekali, pasien mengatakan kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu diposisikan keadaan miring kiri. Memonitor status oksigenasi, pasien terpasang O2 nasal canul 5 lpm, SPO 2: 97%. Memonitor bunyi napas tambahan dan bunyi nafas pasien terdengar ronkhi. Memonitor sputum, pasien mengatakan sulit mngeluarkan sputum . Menganjurkan minum air hangat, pasien mengerti dan akan melaksanakan apa yang dianjurkan. Menganjurkan cairan 2000ml/hari, pasien mengatakan sudah minum 2 gelas. Mengajarkan teknik batuk efektif , pasien mengerti dan mencoba dengan arahan perawat. Mengidentifikasi kebutuhan perawatan diri, alat kebersihan dan pakaian sudah disiapkan, pasien rileks gordeng tertutup, dan pasien dibantu diwaslap oleh keluarga dan perawat. Lalu pasien diubah posisi menjadi miring kanan.

Implementasi yang dilakukan kepada Tn.A dihari kedua yaitu Memonitor TTV dimana di dapatkan hasil TD 123/88 mmHg, Nadi 88x/mnt, Suhu 36,3° C, RR 21x/mnt, Spo2 99%. Kesadaran pasien composmentis pasien tampak lemas.

Mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu dengan pasien didudukan dengan posisi semi fowler. Mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengeluh masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya. Mengecek ulang kekuatan otot kekuatan ekstremitas otot atas dan bawah kanan 5 dan kiri 0. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, pasien dan keluarga sudah mengerti tujuan dan prosedur yang dijelaskan oleh perawat. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga pasien mengatakan sudah membantu pasien dalam melakukan mobilisasi. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif pada semua ekstremitas, pasien mengerti dan melakukan latihan rentang gerak dengan tenang, dan kekuatan ekstremitas atas dan bawa kanan 5 dan kiri 0. Mengubah posisi minal 2 jam sekali, pasien mengatakan kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu diposisikan keadaan miring kanan. Memonitor status oksigenasi, pasien terpasang O2 nasal canul 5 lpm, SPO 2: 99%. Memonitor bunyi napas tambahan, pasien mengatakan masih sesak dan bunyi nafas pasien masih terdengar ronkhi. Memonitor sputum, pasien mengatakan sputum sudah mulai keluar tetapi hanya sedikit. Menganjurkan minum air hangat pasien mengatakan sudah minum air hangat. Menganjurkan cairan 2000ml/hari, pasien mengatakan minum sudah 3 gelas. Mengajarkan teknik batuk efektif pasien mengerti dan sudah melakukannya dengan dibantu oleh keluarga. Mengidentifikasi kebutuhan perawatan diri, alat kebersihan dan pakaian sudah disiapkan, pasien rileks gordeng tertutup, dan pasien dibantu diwaslap, dipotong kuku oleh keluarga dan perawat. Lalu pasien diubah posisi menjadi miring kiri.

Implementasi yang dilakukan kepada Tn.A dihari ketiga yaitu Memonitor TTV dimana di dapatkan hasil TD 120/85 mmHg, Nadi 89x/mnt, Suhu 36,6° C, RR 21x/mnt, Spo2 98%. Kesadaran pasien composmentis pasien mengatakan sudah tidak lemas. Mengajarkan mobilisasi sederhana, pasien dibantu didudukan dengan posisi semi fowler. Mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengeluh masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya. Mengecek ulang kekuatan otot kekuatan ekstremitas otot atas dan bawah kanan 5 dan kiri 0. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga pasien mengatakan sudah membantu pasien dalam melakukan mobilisasi. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif pada semua ekstremitas, pasien mengerti dan melakukan latihan rentang gerak dengan tenang, dan kekuatan ekstremitas atas dan bawa kanan 5 dan kiri 0. Mengubah posisi minimal 2 jam sekali, pasien mengatakan kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu diposisikan keadaan miring kanan. Memonitor status oksigenasi, pasien terpasang O2 nasal canul 5 lpm, SPO 2: 98%. Memonitor bunyi napas tambahan, pasien mengatakan sesak sudah mulai sedikit berkurang dan masih terdengar suara nafas tambahan ronchi. Memonitor sputum, pasien mengatakan sputum sudah keluar tetapi hanya sedikit. Mengajarkan minum air hangat pasien mengatakan sudah minum air hangat. Mengajarkan cairan 2000ml/hari, pasien mengatakan minum sudah 3 gelas. Mengajarkan teknik batuk efektif pasien mengerti dan sudah melakukannya dengan dibantu oleh keluarga. Mengidentifikasi kebutuhan perawatan diri, pasien mengatakan sudah diwaslap oleh keluarganya. Mengubah posisi minimal 2 jam sekali, pasien mengatakan kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu

diposisikan keadaan terlentang. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat, Obat Lasix 2x1, resfar, concor 1x1,25, sucralfat 3x1 ,C mystatin ED 3x1 OS, Hyalib ED 4-6 ODS, pasien juga diberikan terapi nebu ventolin 4x1, pasien tampak kooperatif dan tenang saat diberikan terapi.

Implementasi yang dilakukan kepada Tn.A dihari keempat yaitu Memonitor TTV dimana di dapatkan hasil TD 100/68 mmHg, Nadi 86x/mnt, Suhu 36,6° C, RR 21x/mnt, Spo2 99%. Kesadaran pasien composmentis pasien mengatakan sudah tidak lemas. Mengajarkan mobilisasi sederhana, pasien sudah dalam keadaan duduk dan dibantu diposisikan posisi semi fowler. Mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengeluh masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya. Mengecek ulang kekuatan otot kekuatan ekstremitas otot atas dan bawah kanan 5 dan kiri 0. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga pasien mengatakan sudah membantu pasien dalam melakukan mobilisasi. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif pada semua ekstremitas, pasien mengerti dan melakukan latihan rentang gerak dengan tenang, dan kekuatan ekstremitas atas dan bawa kanan 5 dan kiri 0. Mengubah posisi minal 2 jam sekali, pasien mengatakan kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu diposisikan keadaan miring kiri. Memonitor status oksigenasi, pasien terpasang O2 nasal canul 3 lpm, SPO 2: 99%. Memonitor bunyi napas tambahan, pasien mengatakan sesak sudah berkurang dan tidak terdengar bunyi nafas tambahan. Memonitor sputum, pasien mengatakan sputum sudah keluar dan sudah merasa lega. Menganjurkan minum air hangat pasien mengatakan sudah minum air hangat. Menganjurkan cairan 2000ml/hari, pasien mengatakan minum sudah 2 ½ gelas. Mengajarkan

teknik batuk efektif pasien mengatakan sudah melakukannya sendiri. Mengidentifikasi kebutuhan perawatan diri, pasien mengatakan sudah diwaslap oleh keluarganya. Mengubah posisi minimal 2 jam sekali, pasien mengatakan kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu diposisikan keadaan terlentang. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat Lasix 2x1, resfar, concor 1x1,25, sucralfat 3x1, C mystatin ED 3x1 OS, Hyalib ED 4-6 ODS, pasien juga diberikan terapi nebu ventolin 4x1, pasien tampak kooperatif dan tenang saat diberikan terapi.

Implementasi yang dilakukan kepada Tn.A dihari kelima yaitu Memonitor TTV dimana di dapatkan hasil TD 111/66 mmHg, Nadi 89x/mnt, Suhu 36° C, RR 20x/mnt, Spo2 98%. Kesadaran pasien composmentis pasien mengatakan sudah tidak lemas. Mengajarkan mobilisasi sederhana, pasien sudah dalam keadaan duduk dan dibantu diposisikan posisi semi fowler. Mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengeluh masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya. Mengecek ulang kekuatan otot kekuatan ekstremitas otot atas dan bawah kanan 5 dan kiri 0. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga pasien mengatakan sudah membantu pasien dalam melakukan mobilisasi. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif pada semua ekstremitas, pasien mengerti dan melakukan latihan rentang gerak dengan tenang, dan kekuatan ekstremitas atas dan bawa kanan 5 dan kiri 0. Mengubah posisi minal 2 jam sekali, pasien mengatakan kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu diposisikan keadaan miring kanan. Memonitor status oksigenasi, pasien terpasang O2 nasal canul 3 lpm, SPO 2: 98%. Memonitor bunyi napas tambahan, pasien mengatakan sesak sudah berkurang dan tidak terdengar bunyi nafas tambahan. Memonitor

sputum, pasien mengatakan sputum sudah keluar dan sudah merasa lega. Mengajarkan minum air hangat pasien mengatakan sudah minum air hangat. Mengajarkan cairan 2000ml/hari, pasien mengatakan minum sudah 3 ½ gelas. Mengajarkan teknik batuk efektif pasien mengatakan sudah melakukannya sendiri. Mengidentifikasi kebutuhan perawatan diri, alat kebersihan dan pakaian sudah disiapkan, pasien rileks gordeng tertutup, dan pasien dibantu diwaslap, dipotong kuku oleh keluarga dan perawat. Mengubah posisi minimal 2 jam sekali, pasien mengatakan kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu diposisikan miring kanan. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat Resfar, concor 1x1,25, concor 1x1,25, sucralfat 3x1, C mystatin ED 3x1 OS, Hyalib ED 4-6 ODS, pasien juga diberikan terapi nebu ventolin 4x1, pasien tampak kooperatif dan tenang saat diberikan terapi.

Implementasi yang dilakukan kepada Tn.A dihari keenam yaitu Memonitor TTV dimana di dapatkan hasil TD 120/85 mmHg, Nadi 89x/mnt, Suhu 36,6° C, RR 21x/mnt, Spo2 98%. Kesadaran pasien composmentis pasien mengatakan sudah tidak lemas. Melepas infus pasien, pasien tampak terlihat tenang dan infus sudah terlepas. Mengajarkan mobilisasi sederhana, pasien sudah dalam keadaan duduk dengan posisi semi fowler dan pasien terlihat nyaman. Mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengeluh masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya. Mengecek ulang kekuatan otot kekuatan ekstremitas otot atas dan bawah kanan 5 dan kiri 0. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga pasien mengatakan sudah membantu pasien dalam melakukan mobilisasi. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif pada

semua ekstremitas, pasien mengerti dan melakukan latihan rentang gerak dengan tenang, dan kekuatan ekstremitas atas dan bawah kanan 5 dan kiri 0, pasien juga mengatakan akan melakukan ROM aktif atau pasif pada saat dirumah. Mengubah posisi minimal 2 jam sekali, pasien masih kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu diposisikan keadaan miring kiri. Memonitor status oksigenasi, pasien terpasang O<sub>2</sub> nasal canul 2 lpm, SPO<sub>2</sub>: 98%. Memonitor bunyi napas tambahan, pasien mengatakan sesak sudah berkurang dan tidak terdengar bunyi nafas tambahan. Memonitor sputum, pasien mengatakan sputum sudah berkurang dan sudah merasa lega. Menganjurkan minum air hangat pasien mengatakan sudah minum air hangat. Menganjurkan cairan 2000ml/hari, pasien mengatakan minum sudah 3 gelas. Mengajarkan teknik batuk efektif pasien mengatakan sudah melakukannya sendiri. Mengidentifikasi kebutuhan perawatan diri, pasien mengatakan sudah diwaslap dan pasien tampak bersih dan tidak berbau. Mengubah posisi minimal 2 jam sekali, pasien masih kesulitan saat merubah posisi, dan pasien dibantu diposisikan miring kanan. Berkolaborasi dalam pemberian terapi nebu pulmicort 2x2, pasien tampak kooperatif dan tenang saat diberikan terapi. Memonitor TTV dimana di dapatkan hasil TD 120/80 mmHg, Nadi 89x/mnt, Suhu 36,3° C, RR 20x/mnt, Spo<sub>2</sub> 99%.

#### **4.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Setelah perawatan 6 hari terdapat 1 diagnosa teratasi yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif, 2 diagnosa teratasi sebagian yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dan defisit perawatan diri, dan 1 diagnosa belum teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik.

## 4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil studi kasus yang telah dilakukan pada pasien Tn.A selama 6x7 jam dengan setiap harinya dilakukan intervensi yang sesuai dengan masalah keperawatan yang dialami pasien maka dapat kita ketahui mengenai gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.

Hasil dari pengkajian Tn. A berusia 65 tahun, berjenis kelamin laki-laki dan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Keluhan utama pasien ialah mengeluh tidak dapat menggerakkan anggota badan sebelah kiri yang berarti terjadi kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal sehingga pasien tidak bisa melakukan gerak fleksi atau ekstensi hal ini juga menjadi salah satu tanda gejala mayor dan minor dari gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) pasien juga mengeluh sesak, tetapi keluhan tersebut tidak ada di teori tetapi terjadi pada kasus Tn.A, namun menurut Purwanto (2016) menjelaskan pada pengkajian pasien stroke dengan masalah oksigenasi didapatkan penurunan kesadaran, bersihan jalan napas terganggu, adanya produksi sputum berlebih disertai kesulitan bernapas, pasien juga biasanya sulit untuk batuk efektif, dan penggunaan alat bantu napas. Pada kasus tidak ditemukan bicara pelo, kesulitan menguyah hal ini disebabkan tidak terdapat gangguan pada saraf kranial facialis dan glossofaringeus, sehingga tidak akan terjadi pasien tidak dapat berkomunikasi. Riwayat penyakit sekarang pasien mengatakan stroke terjadi sangat mendadak ketika pasien sedang duduk yang sesuai dengan teori menurut muttaqin (2008). Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, dan tidak ada anggota keluarga pasien yang menderita penyakit hipertensi, oleh karena itu stroke pada pasien diakibatkan oleh penyakit hipertensi

sekunder sehingga tidak ditemukan riwayat penyakit dikeluarga, hipertensi sekunder tidak berhubungan dengan kasus diabetes melitus, jantung sehingga dikeluara tidak akan ditemukan kasus tersebut. Pasien mampu mengontrol emosinya, pasien tidak ada cemas berlebih, pasien selalu bersemangat untuk sembuh, selalu berdoa untuk kesembuhannya dan pasien tidak beribadah saat di rumah sakit. Hasil dari pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Tn.A didapatkan Tekanan darah : 146/100 mmHg, Respirasi: 21x/menit, Nadi : 90x/menit, Suhu : 36,6° C, Spo2 : 96 %. Pasien pemeriksaan fisik menggunakan IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi) yang sudah sesuai dengan teori menurut Fadli (2022) Pada sistem pernafasan ditemukan pasien sesak napas, pasien sulit mengeluarkan sputum, terdapat peningkatan frekuensi pernafasan dan terdengar bunyi napas tambahan ronkhi sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Sistem kardiovaskuler pasien tidak terjadi renjatan (syok hipovolemik) tekanan darah pasien 146/100 mmHg tidak terjadi hipertensi masif karena tekanan darah pasien <200 mmHg. Sistem persyarafan Nervus I pasien tidak ada kelainan penciuman, Nervus II pasien mengalami gangguan tajam penglihatan karena pasien tidak dapat membaca papan nama perawat, pasien tidak ada gangguan pada nervus III, IV, V, VI, VIII, IX,X, XII, Nervus VII pasien mengalami hipersekresi lendir, Nervus XI pasien mengalami gangguan yaitu anggota badan sebelah kiri pasien sulit digerakkan.

Menurut SDKI 2017 terdapat 5 diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan stroke non hemoragik yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif, Gangguan mobilitas fisik, Risiko luka tekan, Gangguan komunikasi verbal, Defisit perawatan

diri. Ada beberapa diagnosa keperawatan yang sama antara teori yang dibahas dengan kasus. Antara lain, risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan defisit perawatan diri. Adapun diagnosa yang tidak diangkat dari teori yaitu risiko luka tekan, karena risiko luka tekan tidak akan terjadi jika diagnosa gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri diangkat karena pasien dilakukan mobilisasi seperti miring kanan dan miring kiri, latihan ROM dan dilakukannya perawatan diri sehingga tidak akan terjadi gesekan pada kulit dan penekanan pada tonjolan tulang terus menerus sehingga tidak akan terjadi risiko luka tekan, pada kasus tidak terdapat gangguan komunikasi verbal karena tidak ada kerusakan saraf kranial VII facialis, dan XII hipoglossus tidak adanya lesi pada lobus frontalis kiri. Dan diagnosa tambahan yang terdapat pada kasus yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif karena pasien mengeluh sesak, batuk tidak efektif, terdapat bunyi napas tambahan ronkhi yang sesuai dengan gejala dan tanda mayor menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Dari 4 masalah keperawatan yang sudah penulis bahas diatas, maka penulis mengangkat prioritas sesuai dengan kondisi pasien pada saat itu yaitu gangguan mobilitas fisik.

Rencana tindakan asuhan keperawatan pada setiap masalah yang dialami oleh pasien sudah sesuai dengan intervensi keperawatan terkait dengan stroke yang dikemukakan oleh Tim Pokja SDKI, SLKI, SIKI DPP PPNI tahun 2017 dengan rencana dan tujuan keperawatan 6 x 7 jam yang diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan intervensi Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat

bantu (mis. pagar tempat tidur), cek ulang kekuatan otot, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur), monitor status oksigenasi, atur posisi untuk mengurangi sesak (semi fowler), motivasi melakukan ROM aktif atau pasif, ubah posisi setiap 2 jam. Untuk intervensi mobilisasi lain belum bisa dilakukan karena mengingat keadaan pasien yang masih belum bisa menggerakkan anggota badan sebelah kiri serta kekuatan otot masih 0 maka intervensi yang lainnya tidak dilakukan dan menunggu kekuatan otot menjadi 5. Tetapi disampaikan juga pada keluarga harus selalu melakukan dukungan mobilisasi.

Penulis telah melakukan tindakan keperawatan yang dimulai tanggal 11 april 2023 hingga 17 april 2023 untuk mengatasi masalah-masalah yang dialami pasien salah satunya gangguan mobilitas fisik yang sudah dilakukan dengan kriteria hasil yang diharapkan sesuai dengan apa yang telah dikemukakan oleh Tim Pokja SLKI tahun 2017 yaitu pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat rentang gerak ROM meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi dan gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Namun masalah keperawatan yang dialami Tn.A belum sesuai dengan kriteria hasil sehingga masalah belum teratasi karena proses rehabilitasi pasien stroke membutuhkan waktu yang lama.

### **4.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Pada studi kasus ini masih memiliki keterbatasan yaitu penulis tidak dapat melakukan pemantauan selama 24 jam penuh selama mendapatkan asuhan keperawatan.