

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pengambilan kasus dilakukan di Ruang Batu Nunggul (ICU) RSUD Kabupaten Klungkung pada tanggal 26 hingga 29 Januari 2025. RSUD Kabupaten Klungkung sendiri berlokasi sekitar satu setengah kilometer dari pusat Kota Semarapura, tepatnya di Jalan Flamboyan Nomor 40 Semarapura, dengan luas lahan 23.885 m² dan luas bangunan 10.480 m². Rumah sakit ini memiliki 18 instalasi, 17 ruang perawatan, serta 46 unit pelayanan.

Ruang Batu Nunggul (ICU) merupakan bagian dari instalasi rawat darurat dan intensif yang diperuntukkan bagi pasien dengan kondisi kritis, yang memerlukan perawatan intensif serta pemantauan ketat selama 24 jam. ICU dilengkapi berbagai alat medis yang terhubung langsung dengan pasien untuk membantu menstabilkan kondisi mereka. Beberapa peralatan yang tersedia di ruang ini antara lain monitor, ventilator, *syringe pump*, *infus pump*, selang NGT, selang infus, selang kateter, EKG, serta troli emergency. Kegiatan harian di ruang ICU meliputi suction oral secara rutin untuk memaksimalkan pernapasan pasien, pemasangan *Endotracheal Tube* (ETT), memandikan pasien, serta melaporkan kondisi pasien kepada dokter anestesi apabila terjadi kondisi yang memburuk.

A. Pengkajian

Informasi pengkajian keperawatan dalam karya ilmiah ini diperoleh melalui metode wawancara langsung dengan keluarga pasien dan telaah data rekam medis pasien. Pengkajian dilakukan pada hari ketiga sejak pasien dirawat di Ruang Batu Nunggul (ICU) RSUD Klungkung pada 23 Januari 2025 pukul 12.00 Wita.

Pengumpulan data dilakukan setelah pasien dan keluarganya memberikan persetujuan melalui informed consent yang telah disiapkan peneliti sebagai bukti kesediaan partisipasi dalam penelitian ini.

Dari hasil pengkajian, diperoleh identitas pasien berinisial Ny. R, berjenis kelamin perempuan, berusia 85 tahun, tidak menikah. Pasien merupakan warga negara Indonesia, beragama Hindu, tidak tamat SD, dan saat ini Pasien tidak bekerja. Dengan diagnosa medis adalah stroke hemoragik + ICH+ pneumonia dengan HT *emergency*.

Pasien datang ke UGD RSUD Klungkung pada tanggal 23 Januari 2025 pukul 08.30 wita dengan keluhan utama lemas, dan mengalami penurunan kesadaran, Sebelumnya pada tanggal 22 Januari 2025 pasien masih dalam keadaan sehat dan masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa, namun satu jam sebelum masuk rumah sakit pasien dikatakan tidak keluar dari kamarnya. Pasien ditemukan terlentang di lantai (ketinggian sekitar 0.5 meter) dengan posisi tidak sadarkan diri dengan ditemukan muntahan dan kotoran BAB.

Pasien tidak memiliki riwayat stroke, namun, diketahui memiliki riwayat hipertensi dan diabetes melitus yang dialami sejak usia kurang lebih 45 tahun. Pada tahun 2023, pasien sempat menjalani perawatan di rumah sakit akibat neoplasma jinak pada lengan kanan atas. Pasien juga diketahui rutin mengonsumsi captopril 25 mg sekali sehari. Tidak terdapat riwayat alergi obat maupun penyakit keturunan dalam keluarga.

Pada saat di UGD dilakukan pemeriksaan GCS didapatkan hasil stupor dengan E1, V1, M4, sementara pemeriksaan tanda-tanda vital, yaitu : tekanan darah 200/100 mmHg, respirasi 20 x/menit, nadi 57 x/ menit, suhu 36°C, saturasi 73%.

Tangan kiri pasien terdapat lebam dengan ukuran sekitar 5x5 cm dengan skala nyeri 0, pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sisi kiri, Pasien mendapatkan terapi awal berupa NaCl 0,9% 16 tpm, O₂ (NRM) 10 lpm, manitol 20% 250 ml dengan dosis loading 200 cc lalu lanjut 6x100 cc, omeprazol 40 mg injeksi dengan dosis 2x40 mg IV, citicoline 250 injeksi dengan dosis 2x250 mg IV, paracetamol 1000 mg/100 ml infus dengan dosis 3x1gr IV, farmabes injeksi 5 mg/ ml dengan dosis 3 mcg dijalankan dengan kecepatan 22ml/ jam.

Kemudian pasien di lakukan pemeriksaan penunjang yaitu CT Scan kepala, Dari pemeriksaan CT scan kepala di dapatkan kesimpulan perdarahan intraserebral (ICH) di basal ganglia kanan dengan volume sekitar 11 cc, disertai edema perifokal yang menekan midbrain dan menyebabkan midline shift ke kiri sejauh 0,3 cm. Perdarahan intraventrikular (IVH) pada ventrikel lateral kanan dan kiri, ventrikel III, serta IV. Ditemukan hematoma subdural (SDH) pada falx cerebri dan tentorium cerebelli bilateral Terdapat atrofi otak terkait usia dan sinusitis pada sinus maksilaris, ethmoidalis, dan sphenoidalis kedua sisi. Rencananya pasien akan dirujuk ke rumah sakit lain untuk melakukan operasi bedah saraf, tetapi tidak dapat. Sehingga pasien di rawat di ruang ICU (Batu Nunggal) RSUD Klungkung untuk di observasi dan mendapatkan perawatan intensive serta di lakukan CT Scan kepala ulang.

Pada saat pengkajian tanggal 26 Januari 2025 di ruang ICU (Batu Nunggal) RSUD Klungkung, didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah 180/78 mmHg, respirasi 18 x/menit, nadi 68 x/ menit, suhu: 37,9° C, saturasi 99%, dengan terapi yang diberikan oksigen nasal kanul 4 lpm, IVFD: kalbamin: RL 16 tpm, omeprazole 2 x 40 mg, paracetamol 3 x 1 gram, ondasentron 3 x 4 mg. Pasien

tidak memiliki kebiasaan merokok dan mengonsumsi alkohol, pasien masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan kaki dan sembahyang, pasien rutin mengonsumsi obat antihipertensi. Hasil pemeriksaan CT Scan ulang didapatkan hasil perdarahan otak kanan (ICH) dengan pembengkakan, sedikit bertambah, perdarahan di ventrikel otak (IVH), mulai berkurang, perdarahan subdural (SDH) stabil, perdarahan subaraknoid (SAH) di belakang otak, atrofi otak akibat usia, dan sinusitis di semua rongga sinus kanan dan kiri.

Dari pengkajian ini pasien mengalami tirah baring, dengan skala braden 10, kesadaran pasien *stupor* dengan GCS : 6 (dalam pengaruh obat), terpasang kateter dan NGT, mengalami penurunan hidrasi atau kelembaban kulit, suhu kulit meningkat, dan hiperpigmentasi berupa kemerahan kulit pada bagian bokong (sakrum). Pada saat pengkajian data yang di dapat yaitu aktivitas, latihan, makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, mobilisasi di tempat tidur, berpindah, ambulasi tergantung total dengan perawat di ruangan. Hasil pengkajian lebih lengkap terlampir.

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisis data

Tabel 2
Analisis Data Asuhan Keperawatan Risiko Luka Tekan dengan
Terapi Minyak Zaitun pada Pasien Stroke Hemoragik di
Ruang Batu Nunggal (ICU) RSUD Kabupaten
Klungkung Tahun 2025

Data fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
1	2	3
Data subjektif - Pasien DPO	Riwayat tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol	Risiko luka tekan
Data objektif	↓ Stroke hemoragik (ICH dan IVH)	

1	2	3
- Tingkat kesadaran stupor dengan GCS: E1V1M4 (total skor GCS 6)	↓ Encephalomalasia parietal kanan dan fronto parietal kiri	
- Tanda-tanda vital : TD: 180/78 mmHg, RR: 18 x/menit, N: 68 x/ menit, S: 37,9° C, SP02: 99%	↓ Peningkatan TIK	
- Mengalami tirah baring	↓ Penurunan suplai O2 ke jaringan otak	
- Hasil integritas pemeriksaan kulit dengan skala braden yaitu 10 (risiko tinggi)	↓ Nekrosis jaringan otak	
- Terdapat hiperpigmentasi berupa kemerahan di daerah sacrum (bokong)	↓ Defisit neurologis	
- Suhu kulit hangat	↓ Kelemahan otot secara mendadak (hemiparesis dan hemiplegia)	
- Mengalami gangguan hidrasi atau kelembaban kulit	↓ Pasien tirah baring (<i>bedrest</i> total)	
	↓ Penekanan berlebih pada bagian tubuh yang menonjol	
	↓ Penurunan aliran darah	
	↓ Hiperpigmentasi berupa kemerahan, gangguan hidrasi, suhu kulit meningkat	
	↓ Risiko Luka Tekan	

2. Diagnosis

Perumusan diagnosis keperawatan pada Ny. R menggunakan komponen problem (P) dan faktor risiko. Bagian problem ditemukan masalah keperawatan risiko luka tekan dan faktor risiko ditemukan riwayat stroke. Berdasarkan data-data masalah keperawatan yang ditemukan, diagnosis keperawatan pada Ny. R dapat ditegakkan yaitu risiko luka tekan dibuktikan dengan riwayat stroke

C. Rencana Keperawatan

Telah disusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menangani masalah risiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan stroke hemoragik. Rencana keperawatan sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dengan luaran utama integritas kulit dan jaringan (L.14125) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan intervensi utama pencegahan luka tekan (I.14543). Rencana keperawatan untuk Ny. R adalah sebagai berikut:

Tabel 3
Rencana Keperawatan Asuhan Keperawatan Risiko Luka Tekan
dengan Terapi Minyak Zaitun pada Pasien Stroke Hemoragik
di Ruang Batu Nunggal (ICU) RSUD Kabupaten
Klungkung Tahun 2025

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Risiko luka tekan dengan faktor risiko riwayat stroke (D.0144)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125) meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Hidrasi meningkat 2. Kemerahan menurun 3. Pigmentasi abnormal menurun 4. Suhu kulit membaik	Pencegahan luka tekan (I.14543) Observasi : 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (skala braden) 2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya 3. Monitor suhu kulit yang tertekan 4. Monitor status kulit harian 5. Monitor ketat area yang memerah 6. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 7. Monitor sumber tekanan dan gesekan Terapeutik 1. Gunakan barrier seperti minyak zaitun 2 kali sehari 2. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam 3. Jaga seprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan 4. Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang 5. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori Intervensi tambahan :

1	2	3
		1. Fasilitas mandi
		2. Kolaborasi pemberian obat

(sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017, SIKI 2018, SLKI 2019)

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 26-29 Januari 2025 di Ruang Batu Nunggul (ICU) RSUD Klungkung. Beberapa intervensi yang telah dilakukan pada Ny. R untuk mencegah luka tekan atau ulkus dekubitus adalah sebagai berikut :

1. Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala braden
2. Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya
3. Memonitor suhu kulit yang tertekan
4. Memonitor status kulit harian
5. Monitor ketat area yang memerah
6. Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi
7. Memonitor sumber tekanan dan gesekan
8. Menggunakan barrier seperti minyak zaitun 2 kali sehari
9. Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam
10. Menjaga seprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan
11. Mengindari pemijatan di atas tonjolan tulang
12. Memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori
13. Memfasilitasi mandi
14. Melakukan kolaborasi pemberian obat

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Ny. R dengan stroke hemoragik (ICH) yang dilakukan pada tanggal 29 Januari 2024 pukul 09.00 WITA dengan diagnosis keperawatan risiko luka tekan didapatkan beberapa data sebagai berikut.

Subjective: tidak ada karena pasien dalam pengaruh obat.

Objective: Pasien sudah tirah baring selama 6 hari, hidrasi dan kelembaban kulit pada bagian rentan sudah meningkat, hiperpigmentasi dan kemerahan pada kulit menurun, suhu kulit normal

Assesament: Masalah risiko luka tekan belum teratasi.

Planninng: Pertahankan kondisi pasien, dengan tetap melakukan intervensi keperawatan pencegahan luka tekan, dan penggunaan minyak zaitun setiap 2 kali sehari sehabis mandi 5 sampai 10 menit.