

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada Tn.S dilakukan pada tanggal 29 April 2026 pukul 10.00 wita di Ruang Batu Nunggul RSUD Klungkung. Ruang Batu nunggul merupakan ruang intensif care unit. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan wawancara pasien serta keluarga ditambahkan dengan catatan rekam medis pasien sebagai sumber data dari pengkajian ini. Pengkajian didapatkan mencakup data identitas pasien dan identitas penanggung jawab, keluhan utama, riwayat penyakit. Didapatkan data sebagai berikut:

1. Identitas pasien

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu, 29 April 2026 pukul 10.00 wita. Pasien teridentifikasi sebagai Tn.S, beliau lahir pada tanggal 01 Juli 1948, berusia 77 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama hindu, bertempat tinggal di Br. Kawan Desa Tusan Kabupaten Klungkung, pendidikan terakhir SMA. Adapun identitas penanggung jawab pasien yaitu istri pasien berinisial Ny.S, jenis kelamin Perempuan, usia 75 tahun pekerjaan wiraswasta.

2. Keluhan utama saat pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pasien mengalami sesak napas

3. Riwayat penyakit

Pasien diantar oleh keluarga ke IGD RSUD Klunglung tanggal 10 april 2026 pukul 17.36 wita dengan keluhan muntah-muntah sebanyak 3x dan merasakan sulit berbicara.

Keluhan dirasa sejak tanggal 9 april 2026 pagi, dirumah pasien hanya diberikan air hangat dan makan bubur. Kemudian keluhan dirasa memberat sejak pukul 16.00 wita tanggal 10 april 2026 sehingga diputuskan untuk ke IGD. Saat tiba di IGD pasien dalam kesadaran composmentis E4V3M6, pemerikssan tanda-tanda vital tekanan darah 120/70 mmHg, suhu 36°C, Spo2 95%, RR: 26x/menit. Pasien dilakukan pemeriksaan penunjang berupa cek darah lengkap dan didapatkan hasil hemoglobin (19.9 g/dL) dan eritrosit (7.7 juta/ μ L) meningkat, Nilai basofil meningkat (2.93%), MCH rendah (24.0 pg), didapatkan peningkatan kreatinin (1.4 mg/dL). Kemudian pemeriksaan rontgen thorax didapatkan hasil tak Tampak cardiomegaly , mengesankan gambaran pneumonia. Sehingga dokter penanggung jawab mengdiagnosa susp SNH dd SH persisten vomiting. Pukul 18.30 dipasangkan infus NaCl 16 tpm pada manus sinistra. Pukul 18.45 pasien mendapatkan injeksi omeprazole 40 mg dan injeksi ondansetron 4mg. Setelah observasi selama 2 jam dan kondisi pasien mulai stabil, pukul 21.52 pasien di pindahkan ke ruang Jumpai. Diruang jumpai pukul 23.00 wita dipasangkan dower kateter dan NGT.

Pada masa perawatan di ruang jumpai pasien mendapatkan terapi tambahan citicoline injeksi 500 mg dengan dosis 2 x 500 mg per hari, Omeprazole injeksi 40 mg dengan dosis 2 x 40 mg per hari, Proxime tablet 100 mg dosis 1 x 100 mg per hari, betahistin 6mg tablet 3x6, flunarizine 5mg tablet 1x5mg. Pasien dirawat diruang jumpai selama tiga hari, pasien mengalami desaturasi, sesak napas dan gagal napas serta penurunan kesadaran, kemudian pasien dipindahkan ke ruang ICU pada tanggal 13 april 2026 pukul 21.55 wita. Diruang ICU terapi yang diberikan dilanjutkan dan ada

penambahan infus Kaen 3MG 200ml/24 jam Hydrocortison injeksi 100 mg dosis 2 x 1, Lasalcom inhalasi tiap 6 jam, Budesma inhalasi 0,5 mg/ml tiap 6 jam, dan Fluimucil 100 mg/mL dosis 2 x 1, untuk betahistin, dan flunarizine di stop. Di lakukan pemeriksaan rontgen thorax pada tanggal 17 april 2026 dengan hasil tak tampak cardiomegaly, mengesankan Gambaran pneumonia, corakan bronchovaskuler meningkat. Sehingga dokter penanggung jawab mengdiagnosa pneumonia. Pasien dirawat selama 8 hari kemudian dipindahkan kembali ke ruanng jumpai tanggal 21 april 2026 pukul 19.15 wita dan dirawat selama 5 hari.

Tanggal 27 april 2026 pukul 02.00 wita pagi pasien kembali mengalami penurunan kesadaran dengan kondisi kesadaran apatis, keadaan umum lemah, GCS E1V2M4, tekanan darah 120/80 mmHg, respirasi 28 x/menit, nadi 84 x/menit, suhu 36,3°C, dan saturasi 92%, serta dalam observasi ketat. Dokter mengdiagnosa stroke infark, pneumonia, respiratory failure. Dokter melakukan pemasangan OPA pukul 02.35 wita pemasangan non rebreathing mask 15 lpm. Pasien di pindahlan ke ruang ICU pukul 07.20 wita. Terapi sebelumnya dilanjutkan.

4. Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 3 tahun dan mengonsumsi obat Amlodipin 1x10 mg/hari.

5. Hasil pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian 6B, pasien memiliki risiko aspirasi yang ditandai dengan penurunan kesadaran berupa somnolen dengan nilai GCS E3V2M4, tidak adanya refleks muntah, serta pasien tidak mampu batuk efektif sehingga kemampuan proteksi jalan napas menurun. Selain itu, pasien masih terpasang DC, OPA dan selang

nasogastrik (NGT) untuk pemenuhan nutrisi berupa diet susu Enteramix, yang dapat meningkatkan risiko masuknya makanan atau cairan ke saluran pernapasan. Kondisi tersebut diperberat dengan adanya dispnea, takipnea, penggunaan otot bantu napas, ronki, sputum kental berwarna kuning kehijauan, serta kelemahan neurologis akibat stroke infark sehingga pasien berisiko mengalami aspirasi dan komplikasi pneumonia aspirasi.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses untuk mengenali dan menilai respon pasien terhadap kesehatannya. Penetapan diagnosis keperawatan terdiri atas tiga tahap yaitu menganalisis data, identifikasi masalah dan rumusan diagnose keperawatan.

1. Hasil analisis data pengkajian pasien kelolaan pada tabel 2.

Tabel 2.
Analisis Data dan Rumusan Masalah Risiko Aspirasi pada Tn.S yang Menderita Stroke Infark dengan Pneumonia dengan Suction dan Semi Fowler Position di Ruang Batu Nunggal RSUD Klungkung

Data	Nilai Normal	Masalah Keperawatan
Data subjektif: -	Data subjektif: -	SDKI (D.006)
Data objektif:	Data objektif:	Risiko Aspirasi
a. Penurunan kesadaran GCS: E3V2M4 kesadaran somnolen	a. Kesadaran pasien composmentis GCS: E4V5M6	
b. Tidak ada reflek muntah dan/atau batuk	b. Ada reflek muntah dan/atau batuk	
c. Terpasang selang nasogastrik	c. Tidak terpasang selang nasogastrik	

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas dapat dirumuskan diagnosis keperawatan risiko aspirasi dibuktikan dengan penurunan kesadaran, penurunan reflek muntah dan/atau batuk, terpasang selang nasogastric.

2. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisis data diatas maka dapat dirumuskan diagnosis keperawatan yang mengacu pada standar diagnosa keperawatan Indonesia dengan 2 komponen yaitu masalah dan faktor penyebab, dapat dirumuskan diagnosis keperawatan Tn. S risiko aspirasi dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran, penurunan refleks muntah dan/atau batuk, terpasang

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn.S mengacu pada Standar Luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakan pada pasien kelolaan maka setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam Tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil, tingkat kesadaran meningkat (5), dispnea menurun (5), Akumulasi secret menurun (5).

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn.S mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), maka terdapat dua intervensi utama yaitu manajemen jalan napas dan pencegahan aspirasi, satu intervensi pendukung yaitu pemantauan respirasi serta intervensi inovatif yaitu *suction* dan *semi fowler position*.

D. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun yang mengacu pada standar intervensi keperawatan Indonesia . Tindakan keperawatan dilaksanakan selama 3 × 24 jam, dimulai pada tanggal 29 april sampai dengan 2 mei 2026, bertempat di Ruang Batu Nunggul RSUD K Lungkung. Dari total 19 intervensi keperawatan yang direncanakan, sebagian besar sudah terimplementasikan dengan baik. Berdasarkan data implementasi dan evaluasi, terdapat sekitar 16 tindakan yang terimplementasikan dan 3 tindakan yang tidak atau belum terimplementasikan secara optimal. Dikarenakan menyesuaikan program terapi dokter. Proses implementasi secara rinci dilampirkan pada lampiran 7 halaman 88.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada Tn.S setelah dilakukan implementasi 3x24jam yakni Tingkat aspirasi belum menurun dibuktikan pada data subjektif dengan pasien hanya mengerang, data objektif didapatkan pasien kesadaran GCS E4V2M4 dengan Tingkat kesadaran apatis, dispnea menurun dengan frekuensi napas 23x/menit, nadi 76x/menit ,akumulasi secret menurun semula 5-10 cc menjadi 5-6cc/3jam. *Assesment* risiko aspirasi teratasi dan *planning* lanjutkan intervensi.