BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

1. Anamnesis

Pengkajian dilakukan pada tanggal 29 April 2026 pukul 10.00 WITA di Ruang Batununggul RSUD Klungkung. Data diperoleh melalui rekam medis pasien, pemeriksaan fisik, serta wawancara dengan keluarga pasien. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh identitas pasien yaitu Tn. S dengan nomor rekam medis 302838. Pasien berjenis kelamin laki-laki, berusia 72 tahun, bersuku Bali dan berkebangsaan Indonesia. Pasien beragama Hindu dengan status perkawinan menikah. Pendidikan terakhir pasien adalah Sekolah Dasar (SD) dan sebelum sakit pasien bekerja sebagai petani. Pasien bertempat tinggal di Desa Sidemen, Kabupaten Karangasem.

Penanggung jawab pasien adalah anak kandung pasien yaitu Tn. D. Penanggung jawab bekerja sebagai pegawai swasta dan bertempat tinggal di Desa Sidemen, Kabupaten Karangasem. Hubungan penanggung jawab dengan pasien adalah sebagai anak kandung pasien.

2. Keluhan Utama

a. Keluhan utama saat MRS

Pasien masuk dengan keluhan penurunan kesadaran

b. Keluhan utama saat pengkajian

Pasien mengalami penurunan kesadaran, terdapat sekret saat dilakukan *suction*.

3. Riwayat Penyakit

a. Riwayat penyakit saat ini

Pasien merupakan rujukan dari Puskesmas Sidemen yang datang ke UGD RSUD Klungkung pada tanggal 23 April 2026 pukul 18.14 WITA dengan keluhan utama penurunan kesadaran. Menurut keterangan keluarga, penurunan kesadaran terjadi sejak pukul 14.30 WITA setelah pasien pulang dari sawah, disertai kelemahan pada sisi kanan tubuh. Selama perjalanan dari Puskesmas Sidemen menuju RSUD Klungkung, pasien tidak mampu berkomunikasi dan terus mengeluarkan air liur. Di Puskesmas Sidemen, pasien telah mendapatkan terapi oksigen melalui nasal kanul 3 lpm serta terapi cairan NaCl IVFD 20 tetes/menit.. Sesampainya di UGD RSUD Klungkung, dilakukan pemeriksaan dengan hasil: GCS: E2V1M3, Tekanan darah: 230/100 mmHg, Frekuensi napas: 22x/menit, Nadi: 57x/menit, SpO_2: 85% . Pasien kemudian mendapatkan terapi oksigen menggunakan sungkup 10 L/menit dan cairan NaCl IVFD 10 tetes/menit. Terapi farmakologis yang diberikan meliputi: Citicoline 2x500 mg, Omeprazole 2x40 mg, Farmabes 3 mcg titrasi dengan target tekanan darah 140–160 mmHg. Pemeriksaan penunjang berupa rontgen thoraks pada pukul 21.51 WITA menunjukkan gambaran pneumonia. Sesuai DPJP, pasien didiagnosis medis Stroke Hemoragik. Pasien kemudian mendapatkan terapi tambahan berupa: Mannitol 200 cc dilanjutkan 6x100 cc, Asam folat 2x1 per oral. Selanjutnya pasien menjalani tindakan intubasi endotrakeal (ETT), operasi kraniotomi, dan pemasangan External Ventricular Drain (EVD) Obstructive pada tanggal 23 April 2026 pukul 23.00 WITA. Pasien kemudian dipindahkan ke ICU pada tanggal 24 April 2026 pukul 04.15 WITA dengan tanda-tanda vital sebagai berikut: Tekanan darah: 194/113 mmHg,

Frekuensi napas: 15x/menit, Nadi: 60x/menit, Suhu: 36°C, SpO_2: 98% dengan ventilator mekanik (Pinsp 16, RR 14, Ti 1.4, PEEP 5, FiO_2 50%). Pasien mendapatkan terapi lanjutan berupa: Drip neodex 0,3 mcg, Fentanyl 300 mcg/24 jam. Terapi tersebut dipertahankan hingga tanggal 28 April 2026. Pada saat pengkajian tanggal 29 April 2026 pukul 11.00 WITA, kondisi pasien adalah: GCS: E1VXM1, Tekanan darah: 175/91 mmHg, Nadi: 57x/menit, SpO_2: 98%. Pasien terpasang ventilator mekanik dengan mode PC-SIMV (Pinsp 14, RR 6, Ti 1.4, PEEP 5, Psupp 10, FiO_2 40%). Selain itu, pasien juga terpasang: IV line dengan cairan Kalbamin 21 tpm, NGT, dan Kateter urine. Pasien mendapatkan terapi obat omeprazole 2x40 mg dan NAC 3x200 mg per sonde, Pasien terpasang ETT sehingga tidak mampu batuk. Saat dilakukan *suction*, tampak sputum berwarna putih dengan konsistensi kental dan volume sekitar ±10 cc/ tiga jam.

b. Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol sejak tiga tahun yang lalu. Sebelumnya pasien sempat dirawat di RSUD Klungkung selama tujuh hari pada tanggal 21-27 Maret dengan penurunan kesadaran dan hipertensi.

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien memiliki riwayat penyakit keluarga berupa hipertensi (tekanan darah tinggi). Riwayat penyakit lain dalam keluarga tidak diketahui.

1. Pengkajian 6B

Pada pengkajian 6B, ada enam komponen yang dikaji yaitu *breathing, blood, brain, bladder, bowel, dan bone*. Pada pengkajian Tn. S, ditemukan data tidak normal pada bagian breathing, yaitu adanya obstruksi berupa sekret, suara napas tambahan ronkhi, pasien tidak mampu batuk, adanya sputum dengan warna putih, konsistensi

kental dan volume : ± 10 mL, serta pasien terintubasi ETT dan terhubung ventilator mekanik pola PC-SIMV Pinsp ventilator mekanik pola PC-SIMV Pinsp 14 RR 6 Ti 1.4 PEEP 5 Psupp 10 Fi02 40%. Kesenjangan data juga diperoleh pada bagian brain, ditemukan tingkat kesadaran pasien E1VxM1.

a. Diagnosis

Penegakan diagnosis dilakukan pada tanggal 29 April 2026 pukul 10.10 WITA di Ruang Batununggul RSUD Klungkung. Berdasarkan data yang diperoleh, maka dapat ditegakkan diagnosis :

Tabel 2
Analisis Data Risiko Aspirasi dengan *Closed Suction* dan *Pre-Oxygenation* Pada Pasien Yang Mengalami Stroke Hemoragik di Ruang Batununggul RSUD Klungkung Tahun 2026

Data	Nilai Normal	Masalah
1. Pasien GCS E1VxM1 2. Pasien tidak mampu batuk 3. Pasien tidak ada refleks muntah 4. Pasien terpasang selang nasogastrik 5. Pasien terpasang *endotracheal tube*	1. GCS pasien E4V5M6 2. Pasien mampu batuk efektif 3. Pasien ada refleks muntah 4. Pasien tidak terpasang selang nasogastric 5. Pasien tidak terpasang *endotracheal tube*	Risiko aspirasi dibuktikan dengan GCS E1VxM1, penurunan refleks muntah dan/atau batuk, terpasang selang nasogastrik, terpasang *endotracheal tube.*

Tabel 3
Analisis Masalah Risiko Aspirasi dengan *Closed Suction* dan *Pre-Oxygenation* Pada Pasien Yang Mengalami Stroke Hemoragik di Ruang Batununggul RSUD Klungkung Tahun 2026

Data	Pohon Masalah	Masalah
1. Pasien GCS E1VxM1 2. Pasien tidak mampu batuk 3. Pasien tidak ada refleks muntah 4. Pasien terpasang selang nasogastric 5. Pasien terpasang *endotracheal tube*	Hipertensi ↓ Stroke Hemoragik ↓ Perdarahan Intraserebral ↓ Peningkatan TIK ↓ Kerusakan Jaringan Otak ↓ Penurunan Kesadaran (GCS E1VXM1) ↓ Penurunan Refleks Batuk dan Muntah ↓ Terpasang ETT dan NGT ↓ Akumulasi Sekret ↓ Risiko Aspirasi	Risiko aspirasi

Berdasarkan analisis data dan masalah di atas, maka dapat dirumuskan diagnosis keperawatan yaitu risiko aspirasi dibuktikan dengan GCS E1VxM1, penurunan refleks muntah dan/atau batuk, terpasang selang *nasogastric*, terpasang *endotracheal tube.*

C. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan dilakukan pada tanggal 29 April 2026 pukul 10.15 WITA di Ruang Batununggul RSUD Klungkung. Adapun luaran yang diharapkan yaitu tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil tingkat kessadaran meningkat (5), kebersihan mulut meningkat (5), dan akumulasi sekret menurun (5). Intervensi yang direncanakan yaitu intervensi utama manajemen jalan napas dan pencegahan aspirasi serta intervensi pendukung pemantauan respirasi.

1. Manajemen Jalan Napas

a. Observasi

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)
3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

b. Terapeutik

1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *jaw trust* (*jaw thrust* jika curiga trauma fraktur servikal)
2) Posisikan semi fowler atau fowler
3) Berikan minum hangat
4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
8) Berikan oksigen, jika perlu

c. Edukasi

a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

b. Ajarkan Teknik batuk efektif

d. Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

2. Pencegahan Aspirasi

a. Observasi

1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan

2) Monitor status pernapasan

3) Periksa residu gaster sebelum meberi asupan oral

4) Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral

b. Terapeutik

1) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral

2) Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar

3) Pertahanankan pengembangan balon endotracheal tube (ETT)

4) Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi secret meningkat

5) Sediakan *suction* di ruangan

3. Pemantauan Respirasi

a. Observasi

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas

2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Bot, ataksik)

3) Monitor adanya produksi sputum

4) Monitor adanya sumbatan jalan napas

5) Auskultasi bunyi napas

6) Monitor saturasi oksigen

7) Monitor nilai AGD

b. Terapeutik

1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

2) Dokumentasikan hasil pemantauan

c. Edukasi

1) Informasikan hasil pemantauan

D. Implementasi

Implementasi dilakukan pada tanggal 29 April 2026 pukul 10.30 WITA sampai dengan 02 Mei 2026 pukul 11.00 WITA di Ruang Batununggul RSUD Klungkung. Dari jumlah 33 tindakan yang direncanakan, sejumlah delapan tindakan tidak dilaksanakan karena memiliki kontraindikasi dengan kondisi pasien. Adapun sejumlah 25 tindakan dapat dilakukan, diantaranya:

1. Manajemen Jalan Napas

a. Observasi

1) Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

2) Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)

3) Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)

b. Terapeutik

1) Memosisikan semi fowler atau fowler

2) Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

3) Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal

4) Memberikan oksigen, jika perlu

c. Kolaborasi

1) Mengkolaborasikan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

2. Pencegahan Aspirasi

a. Observasi

1) Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan

2) Memonitor status pernapasan

3) Memeriksa residu gaster sebelum meberi asupan oral

4) Memeriksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral

b. Terapeutik

1) Memposisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral

2) Mempertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar

3) Melakukan penghisapan jalan napas

4) Menyediakan *suction* di ruangan

3. Pemantauan Respirasi

a. Observasi

1) Memonitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas

2) Memonitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Bot, ataksik)

3) Memonitor adanya produksi sputum

4) Memonitor adanya sumbatan jalan napas

5) Mengauskultasi bunyi napas

6) Memonitor saturasi oksigen

b. Terapeutik

1) Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

2) Mendokumentasikan hasil pemantauan

c. Edukasi

1) Menginformasikan hasil pemantauan

A. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada tanggal 02 Mei 2026 pukul 11.30 WITA di Ruang Batununggul RSUD Klungkung.

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan Risiko Aspirasi Dengan Closed Suction dan Pre-Oxygenation Pada Pasien Yang Mengalami Stroke Hemoragik di Ruang Batununggul RSUD Klungkung Tahun 2026

No	Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	02/05/2026 11.30 WITA	S : - Pasien tidak mampu berkomunikasi O : - GCS pasien E1VxM1 - Kesadaran pasien koma - Mulut pasien tampak bersih - Tampak sekret ± 7 mL A : Risiko Aspirasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi pencegahan aspirasi dan pemantauan respirasi	Reiska