

BAB IV

ANALISIS KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

Dalam pelaksanaan pengkajian didapatkan data Tn.E dan Ny.S dengan diagnosa medis stroke infark memiliki masalah keperawatan gangguan Konstipasi dengan kriteria Tn.E dan Ny.S berusia 62 tahun dan 70 tahun. Sesuai dengan laporan hasil RISKESDAS tahun 2018 menunjukkan angka kejadian stroke per 10.000 penduduk yaitu 14,2 % pada kelompok umur 45-55 tahun, 32,4 % pada kelompok umur 55-64 tahun, 45,3 % pada kelompok umur 65-74 tahun dan 50,2 % pada kelompok umur >75 tahun. Hal ini dikarenakan seiring dengan bertambahnya usia terjadi perubahan respon fisiologis yang menyebabkan perubahan alamiah dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Pada studi kasus didapatkan kedua Klien berjenis kelamin perempuan dan laki-laki, hal ini sesuai dengan data dari *World Stroke Organization* (2022) bahwa secara global, lebih dari setengah (56%) dari seluruh orang yang pernah mengalami stroke adalah perempuan dan setiap tahunnya 55% dari seluruh penderita stroke iskemik terjadi pada perempuan. Penderita stroke di Jawa Barat sebanyak 26.448 orang laki-laki dan 26.063 orang perempuan. Di Kota Bandung yang rutin kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan yaitu 41,74% (Riskesdas, 2019).

2. Riwayat Kesehatan

Dari pengkajian awal pasien Tn E dan NY S sama-sama mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan DM, hal yang membedakan dari kedua pasien ini adalah Tn sedang dalam pengobatan TB paru (baru 2 minggu pengobatan). Dari hasil

pengkajian awal, pemeriksaan gula darah pada Tn E sangat rendah (GDS ;42 mg/dl) sehingga kesadaran pasien soporocoma bisa mungkin saja terjadi karena serangan stroke atau karena hipoglikemia. Untuk pasien Ny S, pemeriksann GDS 182 mg/dl , sehingga tingkat kesedaran Ny, S lebih baik di banding Tn E.

Pada studi kasus didapatkan temuan, keluhan utama pada kedua Klien adalah . Tn. E mengalami penurunan kesadaran selama lebih dari 7 jam lalu kemudian baru di bawa ke rumah sakit oleh keluarganya. Kesadaran pada waktu datang yaitu soporo coma dengna GCS 3 (E1 M2 V1) Sedangkan Ny S juga megalami penurunan kesadaran namun lebih cepat membawa pasien ke rumah sakit yaitu 5 jam setelah tidak sadar. Pasien Ny S datang ke rumah sakit dengan kesedaran Apatis ,GCS : 10 (E 3 M 4 V 3).

Hipertensi merupakan faktor resiko terpenting untuk semua tipe stroke. Apabila hipertensi tidak diturunkan pada saat serangan, stroke akut dapat mengakibatkan edema otak (Goldstein et al., 2011). Hipertensi dapat mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga dapat mempercepat proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel/lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat. Semakin tinggi tekanan darah Klien kemungkinan stroke akan semakin besar. Jika serangan stroke terjadi berkali-kali, maka kemungkinan untuk sembuh dan bertahan hidup akan semakin kecil (Usrin et al.,2018).

Secara umum, *impairment* yang disebabkan oleh stroke adalah hemiplegia atau hemiparesis yaitu sebesar 73%-88% pada stroke akut(Yueniwati, 2016). Kondisi ini dapat disebabkan oleh gangguan pada ototatau saraf ditandai dengan tanda dan gejala yaitu kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) dan gangguan sensibilitas kerusakan system saraf otonom dan gangguan

saraf sensorik, afasia (kesulitan dalam bicara), disartria (bicara cadel atau pelo, dan juga mengalami gangguan menelan sehingga Klien tidak mampu makan dan minum normal (Afrilia, 2022).

3. Pemenuhan kebutuhan aktifitas / mobilitas

Pemenuhan aktifitas sehari-hari terutama *personal hygiene* kedua klien ini lebih banyak dibantu oleh keluarganya dan dilakukan di tempat tidur. Pada kasus Tn E dan Ny S pemenuhan aktifitas makan dan minum oral sedangkan BAK klien menggunakan pampers. Menurut keluarga pasien Tn E dan Ny S jarang BAB, kalau ada BAB sedikit dan keras.

Gangguan akibat stroke sering menimbulkan gejala sisa yang berupa hemiplegia (kelumpuhan pada setengah anggota tubuh) dan hemiparesis (kelemahan otot) yang dapat menjadi kecacatan menetap yang selanjutnya membatasi fungsi seseorang dalam melakukan ADL (Latifah, 2016). Menurut Setiahardja (2005) ADL meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias, kontinensi buang air besar (konstipasi) dan buang air kecil, dan kemampuan mobilitas

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil anamnesa yang didapatkan dari kedua Klien Tn .E dan Ny.S memiliki diagnosa medis dan diagnosa keperawatan yang sama yaitu stroke infark dengan gangguan konstipasi. Dimana data yang digunakan dalam menegakkan diagnosa keperawatan lebih difokuskan pada pemeriksaan kedua partisipan dan didapatkan hasil pada kedua klien menunjukkan karakteristik data objektif, pasien belum BAB selama dirawat di ruang ICU.

Konstipasi merupakan gangguan pada pola eliminasi akibat adanya

feses kering atau keras yang melewati usus besar. Konstipasi adalah bukan penyakit melainkan gejala yang dimana menurunnya frekuensi BAB disertai dengan pengeluaran feses yang sulit, keras dan mengejan. BAB yang keras dapat menyebabkan nyeri rectum. Kondisi ini terjadi karena feses berada di intestinal lebih lama, sehingga banyak air yang diserap. Perjalanan feses yang lama karena jumlah air yang diabsorpsi sangat kurang menyebabkan feses menjadi kering dan keras (Mubarak, Indrawati,& Susanto, 2015). Konstipasi dengan kelemahan otot abdomen dengan defekasi kurang 2 kali seminggu (PPNI, 2017).

Penanganan konstipasi harus dilakukan secara cepat dan tepat pada pasien stroke , untuk mengurangi resiko distensi abdomen, ketidak nyamanan bagi klien, penurunan kualitas hidup dan kegagalan fungsi dari beberapa organ yang disebabkan oleh hipertensi intra abdomen yang berujung kepada kematian.

Selain konstipasi , kedua pasien juga di beri asuhan keperawatan bersihan jalan nafas . Kedua pasien mengalami gangguan pernafasan , pasien pertama menggunakan bantuan ETT dan pasien kedua menggunakan oksigen NRFM 10 liter/mnt. Pada kedua pasien dilakuka pemeriksaan AGD namun hanya 1 kali pemeriksaan. Oleh karena itu untuk menilai keefektifan asuhan keperawatan bersihan jalan nafas, penulis lebih menekankan untuk mengobservasi keadaan umum pasien (work of breathing) dan vital sign .

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi utama pada kasus Tn E dan Ny.S dengan diagnosis

keperawatan Konstipasi adalah dengan memberikan *massage abdomen* selama 3 hari dengan tujuan setelah diberikan intervensi keperawatan maka motilitas usus dengan kriteria hasil pasien bisa BAB.

Pada pasien stroke konstipasi terjadi karena gangguan neurologis yang mana saraf otonom mengalami gangguan fungsi. Saraf gastrointestinal dipersarafi oleh saraf simpatis maupun parasimpatis dari sistem saraf otonom, kecuali sfingter ani eksterna yang berada dalam dalam pengendalian volunter, yang mana kolon berfungsi dalam proses absorpsi cairan. Jika terjadi gangguan fungsi kolon maka akan terjadi gangguan dari defekasi. Pasien stroke pasca rawatan mengalami immobilisasi yang akan berpengaruh terhadap konstipasi. selain itu konstipasi pada pasien stroke juga diakibatkan oleh gangguan pada saraf otonom (S.C. Smeltzer & B.G. Bare, 2008 dalam Sibarani dkk, 2019).

Rencana tindakan keperawatan pada klien stroke infark dengan masalah konstipasi yang berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal dengan melakukan *massaage abdomen*.. Suarsyaf et al. (2015), *massage abdomen* dapat menstimulasi peristaltik, menurunkan waktu transit kolon, meningkatkan frekuensi buang air besar pada pasien yang mengalami konstipasi dan mengurangi rasa tertekan saat buang air besar. Oleh karena itu, menggosok punggung perut bisa menjadi pengobatan elektif untuk penghentian. Sementara itu, seperti yang ditunjukkan oleh (Liu et al., 2005), menggosok punggung perut dapat meningkatkan tekanan intra-lambung. Dalam kasus neurologis, menggosok punggung perut dapat memberikan

perbaikan rektal refleks somato-otonom dan sensasi untuk buang tinja. Perjalanan kotoran dipercepat oleh perluasan ketegangan intra-perut dan penyempitan abs. Jalannya buang air besar dapat dikendalikan dengan sengaja menyempitkan otot sfingter luar dan otot levator ani sehingga sedikit demi sedikit dinding rektum akan mengendur dan ingin melepas lelah (Johnson J. Y, 2010).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (PPNI, 2018).

Pada tahap ini penulis melakukan implementasi keperawatan sesuai perencanaan. Asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik karena adanya kerjasama antar Klien dengan antar perawat ICU. Implementasi keperawatan pada Klien Tn E dilakukan selama 3 hari mulai pengkajian dari tanggal 7 Maret 2024 hingga 09 Maret 2024 dengan intervensi utama adalah pemberian terapi *massagge abdomen*. Sedangkan implementasi keperawatan pada Klien Ny.S dilakukan selama 3 hari mulai pengkajian dari tanggal 12 Maret 2024 hingga 14 maret 2024 dengan intervensi utama adalah pemberian terapi *massagge abdomen*.

Menurut penelitian (Pailungan, Kaelan, Rachmawaty, 2017) pemberian massage abdomen selama 10-20 menit sehari selama 3 hari

berturut turut dapat mengatasi konstipasi pasien. *Massage* abdomen dapat menurunkan skor konstipasi dan membantu melancarkan proses defekasi pasien tanpa pemberian laksatif dan tanpa menimbulkan efek samping. Kedua pasien menunjukkan vital sign yang stabil sehingga *massage* abdomen bisa dilakukan , sebaliknya bila vital sign tidak stabil maka *massage* abdomen sebaiknya ditunda.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari masalah keperawatan gangguan konstipasi mengacu pada hasil yang diharapkan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu proses pengeluaran faeces yang udah dengan kosnistensi , frekuensi dan bentuk faeces yang normal (PPNI, 2019).

Terdapat perbedaan hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastro intestinal setelah diberikan intervensi konstipasi dengan pemberian *massage abdomen* pada Tn. E teratasi pada hari ke 2 sedangkan Ny.S sampai dengan hari ke 3. Saat hari pertama di lakukan *Massage abdomen* pada Tn E hasil yang di dapat pasien langsung kentut dan perut teraba kembung, dan penuh gas. Pada hari pertama intervensi *massage abdomen* pada NY . S selah di lakukan belum terlihat hasil yang di harapan dari pemberian *massage abdomen*. Pada hasil intervensi hari ke 3 pasien Tn E mauun Ny S sudah dapat BAB meskipun sedikit dan agak keras, pasien dapat mengeluarkan sendiri faeces tanpa harus di lakukan rectal touche untuk mengeluarkan tinja.

Berikut perbadingna hasil setelah tindakan *massage abdomen* yang di

lakukan kepada Tn E dan NY S

hasil setelah pemberian massage abdomen		
Hari	Klien 1	Klien 2
Hari ke 1	blm BAB	blm BAB
Hari ke 2	BAB sedikit	blm BAB
Hari ke 3	BAB sedikit	BAB sedikit

Tabel 4.1 hasil pemberian terapi *massage abdomen*

Kesimpulan dari hasil yang dilakukan dari pemberian *massage abdomen* dari kedua pasien adalah *massage abdomen* efektif jika rutin dilakukan tiap hari selama 10 – 20 menit dan akan terlihat hasil yang diharapkan yaitu pasien bisa BAB di hari ke 3, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Pailungan, Kaelan, Rachmawaty, 2017)