

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis membahas tentang konsep teori dan proses asuhan keperawatan yang dilakukan di ruang Alamanda 1 RSUD Sleman. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung gugat perawatan yang terdiri dari tahap pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter, 2015).

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status pasien (Kholifah, 2016).

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.S pada tanggal 4 April 2024. Ny.S datang ke IGD bersama dengan keluarga dengan keluhan badan lemas, tidak bisa berkomunikasi dan kelemahan pada ekstremitas kanan sejak 2 minggu yang lalu. Ny. S sudah *bedrest* dirumah sudah 2 minggu. Makan minum 3 hari terakhir menurun, kadang tersedak, pasien mengalami penurunan berat badan dari 50kg menjadi 40kg. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan riwayat stroke sejak 3 bulan yang lalu.

Saat dikaji didapatkan pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan, keluarga mengatakan Ny.S tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan dan mengalami kesulitan dalam bicara. Tangan dan kaki kanan kaku gerakan terbatas. Ny.S mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, semua kativitas dibantu keluarga dan dilakukan ditempat tidur. Kekuatan tonus otot tangan kiri 3, tangan kanan 3, kaki kiri 2, kaki kanan 2.

Pada saat pemeriksaan fisik keadaan umum pasien lemah, GCS 13 (E3 V5 M5) kesadaran pasien apatis, tekanan darah pasien 153/109 mmHg, denyut nadi 75x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu: 36.4C, SpO2 98%, tidak ada distensi vena jugularis, *capillary refill time* (CRT) pasien >3 detik, turgor kulit pasien elastis, warna kulit pasien pucat di area ekstremitas, kulit pasien kering, akral teraba dingin.

Hasil pengkajian pasien tersebut sesuai dengan pendapat Kanggeraldo et al., (2018) yang menyatakan bahwa tanda dan gejala stroke non hemoragik, yaitu : kelemahan pada bagian wajah, kelemahan pada tangan dan kaki secara tiba-tiba, kesemutan atau mati rasa pada wajah, tangan, dan kaki, kesulitan berbicara dan memahami pembicaraan, kehilangan keseimbangan tubuh, sakit kepala tiba-tiba, dan gangguan pengelihatian (Kanggeraldo et al., 2018). Sekitar 80% pasien stroke mengalami hemiparese atau kelemahan pada salah satu sisi tubuhnya. Kelemahan tangan dan kaki pada pasien stroke akan mempengaruhi kekuatan otot (Gorman et al., 2014).

Penurunan kekuatan otot merupakan salah satu tanda dan gejala dari stroke non hemoragik. Penurunan kekuatan otot terjadi karena imobilisasi atau ketidakmampuan bergerak akibat kelemahan yang dialami oleh penderita stroke non hemoragik (Bakara & Warsito, 2016). Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan otot akan berdampak pada aktivitas sehari-hari. Penurunan kekuatan otot pada stroke non hemoragik perlu menjalani proses rehabilitasi seperti mobilisasi dini untuk mengembalikan fungsi motoriknya sehingga pasien tidak mengalami defisit kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan untuk mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot (Cahyati et al, 2013).

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan Ny. S mulai dari pemeriksaan laboratorium darah rutin hingga MSCT Kepala / CT-scan kepala tanpa kontras didapatkan hasil dengan Kesan *Infark corona radiate sinistra, Small vessel cerebral disease, trophy cerebri* dan status hasil: Tidak Kritis. Pemeriksaan ini sama dengan prinsip pemeriksaan diagnostik

dan kesesuaian antara teori dengan kasus dalam menegakkan diagnosa stroke non hemoragik sudah bagus.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. S didapatkan data sebagai berikut, keluarga pasien mengatakan pasien lemes dan banyak tidur, keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat badrest 2 minggu yang lalu karena stroke kelemahan anggota gerak kanan, Suhu : 36,4 C, Nadi : 75 x/mnt, Respirasi : 20 x/mnt, tekanan darah : 153/109 mmhg, Spo2 : 98%, keluarga pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kanan masih kaku dan sulit digerakkan, keluarga pasien mengatakan baju dan pempers belum diganti dari kemarin, baju pasien tampak sedikit basah, pempers sudah mulai berbau.

Proses pengkajian yang dilakukan pada pasien Ny. S data yang memperkuat penulis untuk mengangkat diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik yaitu data subjektif keluarga pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kanan masih kaku dan sulit digerakkan dan data objektif pasien tampak meringis menahan nyeri saat dibantu berpindah posisi (Mika Miki), kekuatan otot dan rentan gerak menurun, ekstremitas kiri skala 4, Ekstremitas kanan skala 2 dan kondisi fisik tampak lemah. Berdasarkan data yang didapat penulis dapat mengangkat diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik karena memenuhi batasan karakteristik yaitu tanda gejala mayor dan minor (SDKI, 2017). Data yang didapatkan dari hasil pengkajian pasien sesuai dengan masalah keperawatan ansietas dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan data temuan.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Potter & Perry (2016), diagnosa keperawatan adalah pernyataan mengurangi respon actual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin untuk menguasainya.

Menurut teori dalam melaksanakan penentuan diagnosis yang mungkin muncul pada pasien dengan tekanan darah tinggi, yang dijelaskan dalam (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

1. Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif
2. Intoleran Aktifitas
3. Gangguan Mobilitas Fisik
4. Penurunan Curah Jantung

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. S didapatkan diagnosa, Diagnosa resiko perfusi cerebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik Defisit Perawatan Diri: Mandi, Toileting dan berpakaian.

1. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Berdasarkan hasil pengkajian pada klien ditemukan data objektif yang sama yaitu terjadinya peningkatan tekanan darah. Resiko perfusi serebral tidak efektif adalah berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Faktor risiko yang biasa ditemukan adalah faktor hipertensi (PPNI, 2017). Diagnosa yang ditegakkan untuk pasien adalah Resiko Perfusi Cerebral Tidak efektif (D.0017) berhubungan dengan Faktor resiko: Stroke ditandai dengan Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien lemes dan banyak tidur, Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat badrest 2 minggu yang lalu karena stroke kelemahan anggota gerak kanan. Data Objektif : S : 36,4 C, N : 75 x/mnt, R : 20 x/mnt, TD : 153/109 mmhg dan Spo2 : 98%.

Menurut Kowalak, Welsh dan Mayer dalam Syahyani & Cynthia Kasih, (2022) nyeri kepala disebabkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah atau aterosklerosis sehingga elastisitas kelenturan pada pembuluh darah menurun. Aterosklerosis tersebut mengakibatkan spasme pada pada pembuluh darah (arteri), sumbatan dan penurunan O₂ (oksigen) yang akan berujung pada nyeri kepala atau distensi dari struktur dikepala atau leher.

2. Gangguan Mobilitas

Hasil pengkajian didapatkan data objektif dari klien yaitu kekuatan otot menurun, pergerakan sendi terbatas, klien tampak dibantu keluarganya saat ingin sesuatu. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara

mandiri. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data objektifnya meliputi kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun dan data subjektifnya mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas. Sedangkan kriteria minornya data subjektifnya meliputi nyeri saat bergerak dan data objektifnya meliputi sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI, 2017). Diagnosa yang ditegakkan untuk pasien adalah Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Stroke ditandai dengan, data subjektif : Keluarga pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kanan masih kaku dan sulit digerakkan. Data Objektif : Pasien Tampak meringis menahan nyeri saat dibantu berpindah posisi (Mika miki), Kekuatan otot dan rentan gerak menurun. Ekstremitas kiri skala 4, Ekstremitas kanan skala 2, Kondisi fisik tampak lemah.

Kerusakan pada korteks motorik dan jalur saraf yang terkait dapat mengakibatkan gangguan pada pengaturan tonus otot, yaitu tingkat tegangan otot saat tidak sedang digunakan. Hal ini dapat menyebabkan otot menjadi kaku atau tegang, kondisi ini dikenal sebagai spasticity atau kekakuan spastik (Morone et al., 2023). Kerusakan korteks motorik dan jalur saraf juga mengakibatkan terhambatnya pengiriman sinyal saraf yang memicu kontraksi otot dan gerakan tubuh, yang pada akhirnya menyebabkan pasien mengalami kelemahan. Penyebab kelemahan lainnya adalah kerusakan pada suplai darah dan oksigen ke otak yang memengaruhi fungsi saraf secara umum. Kondisi kelemahan pada pasien stroke dapat bervariasi tergantung pada jenis stroke yang dialami dan anatomi area otak yang terkena dampak (Tini et al., 2020). Kedua kondisi tersebut yang mengakibatkan kekakuan dan kelemahan pada tubuh terdampak stroke biasanya terjadi pada satu sisi tubuh dan disebut hemiparesis atau kelumpuhan sebagian (Huzaifah & Dody, 2021). Diagnosis ini sangat penting karena mempengaruhi rencana perawatan dan intervensi rehabilitatif yang harus dilakukan untuk mengembalikan atau meningkatkan kemampuan mobilitas pasien. Intervensi seperti fisioterapi, terapi okupasi, penggunaan alat bantu mobilitas, dan

program latihan yang disesuaikan adalah bagian dari pendekatan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non-hemoragik.

3. Defisit Nutrisi

Hasil pengkajian yang dilakukan kepada klien menunjukkan klien mengalami penurunan berat badan selama sakit dari 55kg menjadi 40kg, Makan minum 3 hari terakhir menurun, kadang tersedak, TB 150 cm, IMT 17,7, dan pasien terpasang NGT. Berdasarkan data tersebut diagnosa ketiga yang ditegakkan oleh penulis yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019). Defisit nutrisi yaitu kondisi dimana asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (PPNI, 2017). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yusnita, dkk (2022) yang menunjukkan bahwa pada pasien stroke terjadi masalah pada nervus *glossofaringeus* dan *vagus* yang menyebabkan kemampuan menelan pasien menurun sehingga nutrisi yang diberikan menggunakan bantuan *nasogastrik tube* (NGT).

4. Defisit Perawatan Diri

Pada diagnosa defisit perawatan diri kriteria mayor yang dapat dilihat dari data subyektifnya meliputi menolak melakukan perawatan diri dan data obyektifnya meliputi tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri serta minat melakukan perawatan diri kurang (PPNI, 2017). Diagnosa yang ditegakkan untuk pasien adalah Defisit Perawatan Diri: Mandi, Toileting dan berpakaian (D.0109) berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan, data subjektif : Keluarga pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kanan masih kaku dan sulit digerakkan, Keluarga pasien mengatakan baju dan pempers belum diganti dari kemarin. Data Objektif : Baju pasien tampak sedikit basah, Pempers sudah mulai berbau. Stroke menyebabkan kelumpuhan setengah dan seluruh anggota tubuh, pasien akan cenderung kesulitan dalam aktivitas sehari – hari, yang menyebabkan defisit perawatan diri (Dewi et al, 2023).

Kesimpulan Data yang didapatkan oleh penulis menjadi dasar dalam mengangkat diagnosa keperawatan pada kasus. Penulis mengangkat diagnosa kasus resiko perfusi cerebral tidak efektif dengan faktor resiko stroke, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan stroke sehingga pada penelitian ini tidak ada kesenjangan antara laporan kasus dan teori.

C. Rencana Intervensi

1. Resiko Perfusi Cerebral Tidak efektif

Diagnosa pertama pada Ny. S yaitu resiko perfusi cerebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan sesuai dengan standar luaran PPNI, (2018) yang disesuaikan dengan kondisi pasien, diharapkan Status Perfusi Perifer Meningkatkan dengan kriteria hasil: Nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolic membaik, reflek syaraf membaik.

Adapun intervensi tindakan pada diagnosa resiko perfusi cerebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi pada Ny. S menurut (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018) yang pertama Pemantauan tekanan intrakranial (I.06198) Identifikasi penyebab peningkatan TIK, Monitor peningkatan TD, Monitor tingkat kesadaran, Monitor tekanan perfusi serebral, Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien, Dokumentasi hasil pemantauan, Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan dan Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Kedua Pemberian Obat (I.02062) Identifikasi kemungkinan alergi dan kontra indikasi obat, Verifikasi obat sesuai dengan Indikasi, Monitor efek terapeutik obat, Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat, Lakukan prinsip enam benar obat, Dokumentasikan pemberian obat, Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping.

Pada karya ilmiah ini menggunakan beberapa intervensi terutama dalam mengatasi masalah utama terdapat beberapa intervensi yang dibuat oleh penulis seperti memonitor tekanan darah, memonitor tekanan intrakranial serta memberikan posisi *head up* 30 derajat posisi ini diberikan untuk menurunkan aliran balik ke otak sehingga akan menurunkan resiko tekanan intra kranial. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Jaya, (2021) bahwa posisi *head up* terbukti menurunkan serta mengontrol tekanan intra kranial. Intervensi lain yang dapat dilakukan pada pasien dengan resiko perfusi serebral tidak efektif yaitu pemantauan tanda-tanda vital secara berkala. Hal ini dilakukan dalam rangka memantau adanya perbaikan atau sebaliknya pada pasien terutama melalui tekanan darah.

Peneliti melakukan monitoring terkait dengan tanda dan gejala yang timbul pada pasien dengan peningkatan tekanan intra kranial seperti tekanan darah meningkat, nadi melebar atau bradikardi serta pola nafas yang tidak teratur serta biasanya disertai dengan penurunan kesadaran (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Intervensi pendukung yang diberikan dapat berupa kondisi lingkungan yang tenang dan nyaman sehingga pasien dapat beristirahat dengan tenang

Menurut peneliti intervensi tindakan pada diagnosa resiko perfusi cerebral tidak efektif yang telah disusun sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Pada penerapan dan penulisan kriteria hasil sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia). Dan perumusan intervensi keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik sesuai dengan teori yang ada.

2. Gangguan mobilitas fisik

Diagnosa kedua pada Ny. S yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan stroke, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan sesuai dengan standar luaran PPNI, (2018) yang disesuaikan dengan

kondisi pasien, diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, gerakan terbatas menurun.

Adapun intervensi tindakan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan stroke pada Ny. S menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain menggunakan teknik penguatan sendi dengan aktifitasnya, Identifikasi adanya keterbatasan fungsi dan gerak sendi, Anjurkan melakukan gerak aktif dan pasif, Fasilitasi pergerakan sendi dalam batas-batas rasa sakit, Jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencana latihan, Kolaborasi dengan fisioterapi untuk program latihan.

Menurut Yulianita et al., (2023) salah satu bentuk latihan mobilisasi pada klien Srok adalah dengan latihan rentang gerak baik secara aktif maupun pasif untuk mencegah terjadinya kontraktur, penurunan massa otot, meningkatkan peredaran darah ke ekstrimitas dan memberikan kenyamanan pada klien, latihan rentang gerak aktif maupun pasif sedikitnya dilakukan 4 kali sehari dapat meningkatkan kekuatan otot.

Latihan kekuatan sendi adalah suatu jenis latihan tubuh yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan sendi pada pasien stroke yang dapat bermanfaat untuk membangun sendi, seluruh latihan kekuatan akan meningkatkan kekuatan sendi (Nafi'ah et al., 2022). Kemudian, menurut Smeltzer dan Bare dalam Wakhidah et al., (2019) latihan kekuatan sendi sendiri dapat melatih penguatan/pengencangan sendi *gluteal* dan *kuadrisep* dengan tujuan memelihara kekuatan sendi yang diperlukan untuk berjalan. Kelemahan tangan maupun kaki pada pasien stroke akan mempengaruhi kontraksi sendi, berkurangnya kontraksi sendi disebabkan karena suplai darah ke otak berkurang, hal ini menyebabkan kerusakan jaringan otak

Menurut peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan Gangguan mobilitas fisik yang telah disusun pada klien sudah sesuai

dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Pada penerapan dan penulisan kriteria hasil sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia). Dan perumusan intervensi keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik sesuai dengan teori yang ada.

D. Implementasi

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny.S (diperdalam) dimulai pada tanggal 4 sampai 6 April 2024. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari.

1. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Strategi pelaksanaan yang penulis gunakan dalam memberikan tindakan keperawatan khususnya untuk mengatasi masalah keperawatan utama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dimana pasien mengalami hipertensi tingkat 2 dengan tekanan darah 151/85 mmHg, sehingga pentingnya dilakukan penanganan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat. Namun dalam pelaksanaan tidak semua intervensi dapat dilakukan, hanya beberapa intervensi yang dilakukan seperti pemberian posisi head up pada klien untuk menjaga serta mengurangi risiko peningkatan tekanan intrakranial serta mencegah terjadinya perfusi serebral tidak efektif. Pemberian posisi head up dapat menurunkan aliran balik ke otak sehingga akan mengurangi desakan pada otak dan menurunkan tekanan intrakranial. Hal ini didukung oleh hasil penelitian penelitian Jaya, (2021) bahwa posisi head up terbukti menurunkan serta mengontrol tekanan intrakranial.

Tindakan lain yang dilakukan pada pasien dengan risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu pemantauan tanda-tanda vital. Hal ini dilakukan dalam rangka memantau adanya perbaikan atau sebaliknya pada pasien terutama melalui tekanan darah. Tetap melakukan monitoring terkait dengan tanda dan gejala yang timbul pada pasien dengan peningkatan tekanan intrakranial seperti tekanan darah meningkat, nadi melebar atau bradikardi serta pola nafas yang tidak teratur serta biasanya disertai dengan penurunan kesadaran.

2. Gangguan Mobilitas Fisik

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi mobilisasi, memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan.

Gambaran setelah 3 hari perawatan, Sejalan dengan Hasil penelitian Hidayah et al., (2022) menunjukkan kekuatan otot pasien setelah dilakukan ROM pasif selama 3 x 24 jam mengalami peningkatan dari 3 menjadi 4. Tindakan keperawatan ROM yang dilakukan pada pasien menunjukkan pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat dan kelemahan fisik menurun

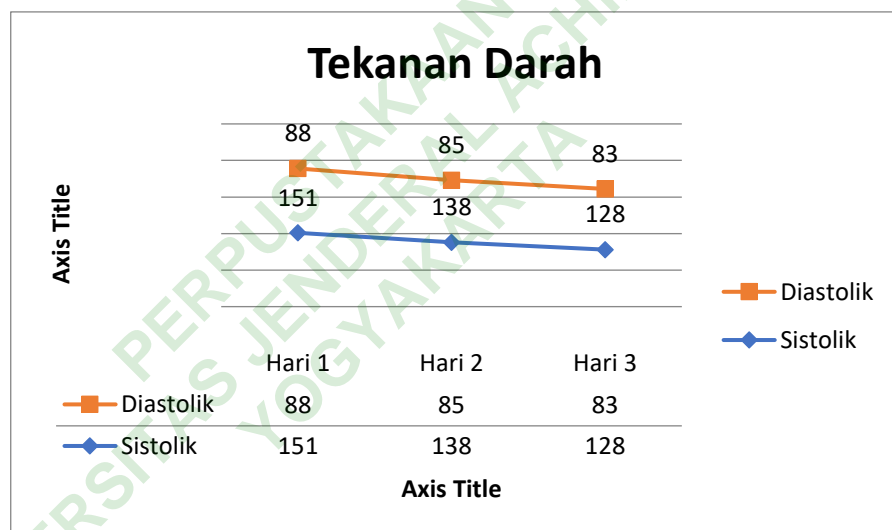
Dalam pelaksanaan, penulis mempunyai hambatan dan kekuatan dalam melakukan implementasi dari pihak klien maupun keluarga. Hambatan dalam implementasi ini yaitu penulis melakukan implementasi selama 3 hari sesuai dengan rencana intervensi yang telah direncanakan, tidak semua rencana dapat terlaksana dikarenakan keterbatasan waktu yang ada. Sedangkan kekuatan dari implementasi ini adalah saat penulis melakukan tindakan keperawatan, klien menerima tindakan keperawatan yang dilakukan penulis dan keluarga klien dapat diajak bekerjasama dalam

membantu proses penyembuhan klien serta mendampingi klien setiap kali dilakukan tindakan keperawatan.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan aspek yang sangat penting dalam proses keperawatan karena dalam proses ini kita dapat mengetahui sejauh mana diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan implementasi sesuai dengan tujuan perencanaan keperawatan. Evaluasi keperawatan yang digunakan dalam bentuk S (*subyektif*), O (*obyektif*), A (*analisis*), P (*perencanaan terhadap analisis*).

1. Resiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif

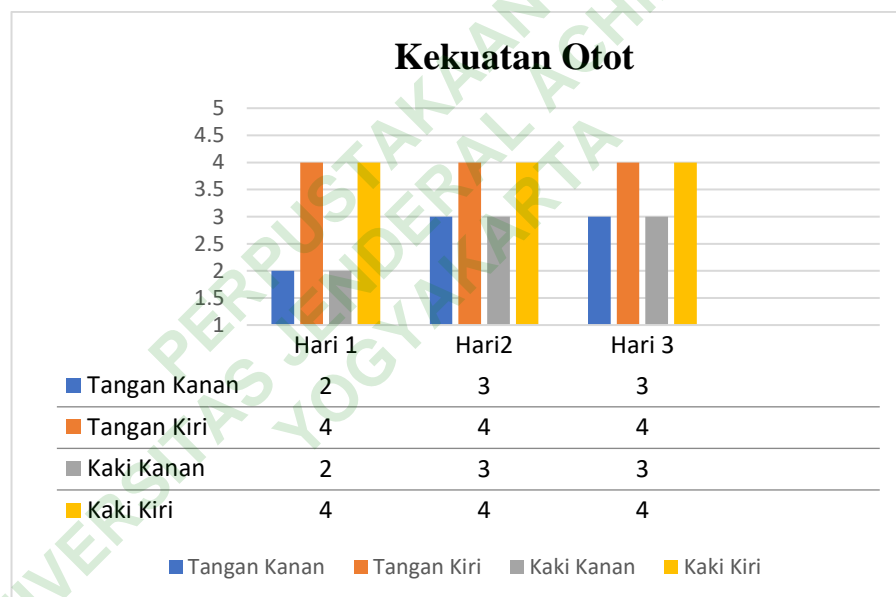


Gambar 4. 1 Grafik Pantauan Tekanan darah

Pada tahap evaluasi keperawatan diagnosa Resiko Perfusi Cerebral Tidak efektif (D.0017) dengan Factor resiko: Hipertensi dapat ditarik kesimpulan bahwa masalah keperawatan belum terjadi namun faktor resiko masih ada. Tekanan darah diharapkan tetap stabil dengan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dan jika adanya kolaborasi dengan dokter terkait medikasi pemberian obat .Tujuan yang ditetapkan sudah tercapai dengan kriteria hasil, nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolic membaik, Reflek syaraf

membaik. Perbaikan pada pasien dapat dilihat dari grafik pantauan tekanan darah selama tiga hari perawatan. Tekanan darah pasien sebelum dilakukan perawatan yaitu 153/109mmHg dan setelah dilakukan perawatan selama tiga hari terjadi penurunan tekanan darah menjadi 128/83mmHg. Hal ini sejalan dengan studi kasus yang dilakukan oleh Devi, dkk (2024) yang mengangkat diagnosa keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif hasil menunjukkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam terjadi penurunan tekanan darah dari 158/95mmHg menjadi 135/67mmHg.

2. Gangguan Mobilitas Fisik



Gambar 4. 2 Kekuatan Otot

Latihan rentang gerak yang diterapkan yaitu latihan rentang gerak pasif dimana perawat membantu menggerakkan sendi-sendi yang mengalami kelemahan dikarenakan pasien tidak mampu mandiri. Latihan rentang gerak dilakukan sebanyak tiga kali selama 30 menit di anggota gerak tubuh sebelah kanan, setelah dijelaskan dan dilatih ROM pasif pada hari pertama Ny."S" kooperatif dan keluarga sangat antusias saat dijelaskan mengenai latihan gerak ROM, evaluasi didapatkan bahwa tangan dan kaki kanan dapat bergerak

tetapi masih lemah saat digerakkan dengan nilai kekuatan otot 2, kemudian hari kedua melatih ROM pasif kembali dan memotivasi keluarga untuk mendampingi pasien saat latihan dan keluarga mengatakan kaki kanannya sudah bisa ditekuk pelan-pelan dengan bantuan keluarga dengan nilai kekuatan otot 3. Hari ketiga melatih dan mengobservasi kembali ROM pasif pada Ny."S" dengan melibatkan keluarga, keluarga menyatakan akan sering berlatih sendiri dikarena sudah mengetahui cara latihan rentang gerak, tampak tangan dan kaki kanan dapat ditekuk dan digerakkan tanpa adanya tahanan dengan nilai kekuatan otot 3.

Berdasarkan uraian tersebut dapat diartikan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan Latihan ROM selama 3x24 jam dengan waktu 30 menit dalam satu kali latihan, didapatkan hasil terjadi peningkatan nilai kekuatan otot dari 2 menjadi 3. Hal ini sejalan dengan penelitian studi kasus yang dilakukan oleh Maelani, dkk (2022) menunjukkan setelah dilakukan tindakan ROM selama 3 hari dengan frekuensi sehari 3 kali latihan selama 15 menit didapatkan terjadi peningkatan kekuatan otot pada tangan kiri dari 1 menjadi 2. Pada penelitian yang dilakukan oleh Mardiyanti, dkk (2021) didapatkan hasil sebelum dilakukan ROM rata-rata nilai kekuatan otot 3 pada ekstremitas atas dan bawah (71,4%) dan setelah dilakukan tindakan ROM selama 2kali sehari dalam waktu 3 hari terjadi peningkatan kekuatan otot 5 pada ekstremitas atas (50%) dan 4 pada ekstremitas bawah (57,1).

Dari hasil pembahasan diatas, menurut Clark (2008) faktor lainnya yang mempengaruhi ROM adalah usia dan jenis kelamin yaitu ROM pada usia tua lebih rendah daripada usia muda dan perempuan lebih baik dari pada laki-laki. Menurut Eka Nur So'emah (2014) pemberian terapi ROM pasif berupa latihan gerakan pada bagian pergelangan tangan, siku, bahu, jari-jari kaki atau pada bagian ekstermitas yang mengalami hemiparesis sangat

bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi dan latihan ROM untuk meningkatkan fleksibilitas sendi lutut sebesar 43,75%. Menurut penelitian Irdawati (2008) di RS Moewardi Surakarta pasien stroke yang diberikan latihan ROM selama 12 hari setiap pagi dan sore selama 60 menit terdapat perbedaan pada nilai kekuatan ototnya, akan tetapi peneliti di studi kasus hanya melaksanakan studi kasus selama 3 hari selama 30 menit, hal ini dikarenakan keterbatasan kasus dan waktu yang dimiliki oleh peneliti dan peneliti hanya berfokus pada respon pasien mengenai pemahaman pasien dan keluarga dalam melakukan ROM secara mandiri bukan mengobservasi terjadinya peningkatan kekuatan otot.

3. Defisit Nutrisi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dari tanggal 4 April 2024 hingga 6 April 2024 pada tahap evaluasi diagnosa defisit nutrisi (D.0019) b.d Ketidakmampuan menelan makanan didapatkan hasil pasien masih mengalami kesulitan menelan dan masih terpasang NGT, pasien mendapatkan diit sonde rendah garam 1100kkal 5xsehari. Pada pasien stroke yang mengalami kesulitan dalam menelan perlu dilakukan pemasangan NGT untuk mencegah aspirasi (Devi, Marisa, Rouf, & Windiani, 2024). Selain memberikan perawatan kepada pasien, penulis juga melakukan edukasi cara sonde dengan benar kepada keluarga untuk memberikan dukungan nutrisi kepada pasien terlihat pada hari ketiga keluarga mampu melakukan pemberian sonde secara mandiri dengan benar kepada pasien secara mandiri.

4. Defisit Perawatan Diri

Pada tahap evaluasi keperawatan diagnosa Defisit Perawatan Diri: Mandi, dan berpakaian (D.0109) b.d Kelemahan dapat ditarik kesimpulan bahwa masalah keperawatan pasien dapat teratasi jika tujuan yang ditetapkan sudah tercapai dengan kriteria

hasil, Kemampuan mandi meningkat, Kemampuan mengenakan pakaian meningkat. Dalam kasus kelolaan kebersihan diri pasien masih dalam bantuan keluarga karena adanya keterbatasan dari pasien. Observasi secara umum untuk kebersihan diri pasien dan lingkungan tempat tidur semakin membaik, keluarga sudah mulai menerapkan perawatan diri pada pasien seperti mengganti pempers secara berkala atau saat pasien Buang air besar. Intervensi lanjutan yang perlu dilakukan adalah Dukung Keluarga dalam kepatuhan perawatan diri; Mandi, berpakaian dan perawatan diri lainnya.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD
YOGYAKARTA