BAB V
PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dan kasus pada proses asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Fasilitas Kesehatan Midori No Oka Jepang. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan merupakan salah satu wujud tanggung gugat yang terdiri dari tahap pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter & Perry, 2015).

A. Gambaran Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2019). Sumber data didapatkan dari pasien, keluarga, anggota tim keperawatan kesehatan, catatan kesehatan, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostik dan laboratorium (Potter & Perry, 2015).

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. T pada tanggal 05 April 2025 dan didapatkan hasil pengkajian pada Ny. T mengalami kelemahan anggota gerak pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri, kelemahan terjadi sejak 8 hari sebelum masuk rumah sakit, keluarga pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan gerakan terbatas, sendi tangan dan kaki kaku, rentang gerak (ROM) menurun, pasien tampak lemah, nilai kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah adalah 1 yang artinya tidak ada gerakan, tetapi ada sedikit kontraksi pada otot, sedangkan nilai kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan adalah 5 yang artinya kekuatan otot normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan penuh. Pasien mengatakan ayah pasien mengalami stroke. Ny. T pernah melakukan operasai tulang belakang, sehingga pergerakan leher NY.

Hasil pemeriksaan fisik pada Ny. M pada tanggal 05 April 2025 didapatkan data Ny. M dengan kelemahan anggota gerak pada esktremitas atas dan bawah bagian kanan, Ny. M mengalami kelemahan ini sejak kurang lebih 8 jam

sebelum masuk rumah sakit, BAK tidak terkontrol keluarga pasien mengatakan Ny. M mempunyai riwayat hipertensi sejak tahun 2015 yang lalu.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak lemah, rentang gerak (ROM) menurun, sendi tangan dan kaki kaku, gerakan terbatas, saat dilakukan pengkajian kekuatan otot didapatkan nilai kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan adalah 1 yang artinya tidak ada gerakan, tetapi ada sedikit kontraksi pada otot, sedangkan nilai kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri adalah 5 yang artinya kekuatan otot normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan penuh,

Keluhan utama pada kedua kasus sama, yaitu kelemahan anggota gerak atas dan bawah sebelah kiri, nilai kekuatan otot sama-sama 1 yaitu tidak ada gerakan, tetapi ada sedikit kontraksi pada otot. Kelemahan sisi tubuh bagian kanan biasanya disebabkan karena kegagalan fungsi otak kiri, baik karena stroke sumbatan atau stroke perdarahan. Sebaliknya, jika terjadi kegagalan fungsi otak kanan, maka bagian sisi tubuh kiri akan mengalami kelemahan (Setiyawan et al., 2019).

Menurut Solechah (2020), penyumbatan pembuluh darah di otak menyebabkan perfusi jaringan otak tidak adekuat menyebabkan kematian sel dan edema diarea otak sehingga serabut motorik pada sistem saraf rusak mengakibatkan terjadinya penurunan kekuatan otot, terjadinya paralisis dan kecacatan pada pasien stroke. Jika sel otot tidak dirangsang, sel akan mengecil (atrofi) dan mati bahkan kadang-kadang diganti dengan jaringan konektif yang irreversible ketika rusak (Budi et al., 2019).

B. Gambaran Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017). Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien ditemukan data bahwa kedua responden penelitian ini sama-sama mengalami gangguan mobilitas akibat gangguan neuromuskular akibat menderita stroke. Gangguan mobilitas fisik

menyebabkan seseorang mengalami kesulitan atau ketidakmampuan untuk melakukan gerakan tubuh secara bebas dan mandiri baik karena kondisi fisik, neurologis ataupun muskuloskeletal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Hal ini sejalan dengan penelitian (Merlis, 2022) yang menyebutkan bahwa gejala utama hipertensi adalah sakit kepala, sulit tidur dan rasa tidak rileks pada tubuh. Nilai normal tekanan darah pada lansia menurut *World Health Organization* (WHO) yaitu 140/90 mmHg. Proses terjadinya hipertensi melibatkan beberapa faktor yang saling terkait, seperti gangguan keseimbangan natrium, berkurangnya elastisitas pembuluh darah, dan penyempitan pembuluh darah. Faktor risiko seperti riwayat keluarga, kelebihan berat badan, gaya hidup tidak sehat, dan stres juga berperan. Hipertensi dapat terjadi secara langsung atau tidak langsung melalui peningkatan cardiac output dan peningkatan resistensi perifer (Yatun & Sri, 2023).

C. Gambar Intervensi Keperawatan

Berdasarkan tahap perencenaan penulis mengacu pada perencanaan yang terdapat di landasan teoritis dimana perencanaan di bagi menjadi 3 tahap yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil dan merencenakan tindakan keperawatan. Dalam pembuatan rencana penulis bekerja sama dengan keluarga klien dan perawat sehingga ada kesempatan dalam memecahkan masalah yang dialami klien sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) prinsip secara umum rencana keperawatan yang penulis lakukan pada Ny.T dan Ny.M.

Pada kasus Ny.T dan Ny.M penulis berencana mengatasi masalah gangguan gangguan mobilitas fisik dengan tujuan yang diharapkan yaitu tingkat mobilisasi cukup meningkat. Intervensi pada kasus ini sesuai dengan intervensi

pada teoritis dan rencana dapat dilaksanakan berdasarkan intervensi dari diagnosa pada tinjauan kasus.

Standar Intervensi Keperawatan (SIKI) yang digunakan adalah dukungan mobilisasi dengan aktivitas keperawatan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi gejala yang mempengaruhi mobilisasi fisik (mis: nyeri, dan keluhan fisik lainnya), mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan toleransi fisik dalam melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi mendiskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan, memfasilitasi aktivitas mobilisasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018). Beberapa *evidence based* digunakan dalam membantu mengatasi masalah gangguan mobilisasi pada lansia penderita stroke seperti memberikan latihan rentang gerak (ROM), *mirror therapy*, *contraint induced movement therapy* (CIMT).

Dari 5 *evidence based* yang dicantumkan di intervensi hanya 3 yang di implementasikan karena berdasarkan jurnal terkait bahwa 3 *evidence based* yang diimplementasi memiliki tingkat efektivitas yang lebih baik dalam membantu meningkatkan tingkat aktivitas fisik pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik diantara 2 *evidence based* lainnya. Selain itu, 3 EBN tersebut dipilih karena sesuai berdasarkan kondisi pasien dengan keterbatasan gerak sehingga 3 EBN tersebut paling efektif untuk dilakukan dibanding EBN keempat yaitu hidroterapi yang mengharuskan klien merendam kaki sehingga dikhawatirkan menyebabkan pasien kedinginan.

EBN kelima yaitu *motor imagery* tidak dipilih untuk diterapkan kepada Ny. M yang mengalami alzeimer karena dikhawatirkan hasilnya tidak akan efektif diterapkan kepada Ny. M. *Motor imagery* sangat mengandalkan pikiran dan khayalan pasien dalam mengimplementasikan *Evidence Based Nursing* (EBN) *Motor Imagery.*

D. Gambaran Implementasi Keperawatan

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 yang dilakukan penulis pada kedua responden berlangsung selama 6 hari dimulai pada tanggal 05-10 April 2025. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari. Pada waktu yang sama setiap harinya yaitu mulai jam 09.00 Waktu Jepang hingga jam 13.00 Waktu Jepang. Pada saat melakukan tindakan implementasi, penulis tidak menemukan kendala yang berarti, semua kegiatan pengurusan izin, pengambilan data dan implementasi berjalan dengan lancar tanpa ada halangan dan hambatan. Keluarga dan pasien yang kooperatif semakin membuat penelitian ini berjalan dengan lancar. Pengimplementasian intervensi pada Ny. M dilakukan sesuai SOP yang tertera dari 3 EBN tersebut, pada Ny. T untuk implementasi ROM pada gerakan di leher tidak dilakukan dikarenakan keterbatasan gerak leher Ny. T yang pernah melakukan operasi di leher dan terpasang neckcollar setiap hari sejak dilakukan operasi.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular yaitu mengidentifikasi gejala yang mempengaruhi mobilisasi fisik (mis: nyeri, dan keluhan fisik lainnya), mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan toleransi fisik dalam melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi mendiskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan, memfasilitasi aktivitas mobilisasi. Pada saat pelaksanaan implementasi pada kasus, peneliti memberikan *evidence based* pada kedua kasus antara lain *evidence based* yang diterapkan yaitu Latihan rentang gerak (ROM), *mirror therapy*, *contraint induced movement therapy* (CIMT).

Pada *evidence based* pertama adalah latihan ROM Pasif yang membantu untuk mempertahankan kekuatan otot dan kelenturan sendi, serta mencegah atrofi dan kontraktur terutama penting pada pasien hemiparese pasca-stroke yang memiliki mobilitas. Pendekatan bilateral memberikan stimulasi sensorik dari kedua sisi tubuh, yang dipercaya mampu meningkatkan reorganisasi sensori-motor otak dan transfer kemajuan fungsi dari sisi tidak terdampak ke sisi hemiparetic. *Evidence Based Nursing* yang pertama diberikan sejak hari pertama hingga hari keenam implementasi.

Pada *evidence based* kedua adalah *Mirror Therapy* menciptakan ilusi optik bahwa anggota badan hemiparetik (terdampak) bergerak - mencerminkan gerakan ekstremitas sehat. Visualisasi ini mengaktifkan area motor cortex bilaterally, memfasilitasi neuroplastisitas dan reorganisasi saraf pasca-stroke. Aktivasi ini tidak hanya pada area visual, tetapi juga memicu jalur motorik sehingga meningkatkan aktivasi neuromuskular pada sisi yang terpengaruh. *Evidence Based Nursing* yang kedua diberikan sejak hari kedua hingga hari keenam

Pada *evidence based* ketiga adalah CIMT memanfaatkan prinsip *learned non-use*, yaitu pasien pasca-stroke sering menghindari penggunaan lengan terpengaruh sehingga fungsi menurun. Dengan membatasi lengan sehat dan memaksa penggunaan lengan hemiparetik, terjadi aktivasi jalur neuronal yang terlupakan**,** memicu reorganisasi kortikal dan neuroplastisitas. *Evidence Based Nursing* yang ketiga diimplementasikan pada hari kelima dan keenam.

Faktor pendukung yang penulis temukan dalam pelaksanaan keperawatan pada pasien Ny.T dan Ny.M bahwa implementasi yang telah penulis laksanakan sesuai rencana tindakan yang telah disusun dapat tercapai dengan baik. Hal ini dapat tercapai dikarenakan adanya sikap klien yang kooperatif, peralatan yang memadai dan lengkap serta peran perawat ruangan yang banyak membantu dan bekerja sama dengan penulis.

E. Gambaran Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Potter & Perry 2015). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subjektif), O (objetif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis).

Evaluasi pada kedua kasus dilakukan pada akhir intervensi. Evaluasi pada hari keenam setelah diberikan intervensi keperawatan dengan SIKI: dukungan mobilisasi beserta dengan *evidence based* yang diterapkan pada Ny.T terjadi peningkatan status *activity daily living* dengan SLKI berada pada level 4 (cukup meningkat) yang dibuktikan dengan Ny.T dapat mempertahankan kemampuan fisik yang telah diajarkan dan tanda-tanda vital TD: 140/86 mmHg, HR: 72x/menit RR: 16 x/menit.

Evaluasi pada Ny.M hari keenam setelah dilakukan intervensi dengan SIKI: dukungan mobilisasi beserta dengan *evidence based* yang diterapkan pada Ny.M didapatkan adanya peningkatan mobilitas fisik dengan SLKI berada pada level 4 (cukup meningkat) yang dibuktikan dengan Ny.M dapat mempertahankan mobilitas fisik dan tanda- tanda vital TD: 137/80 mmHg, HR: 74 x/menit, RR: 18 x/menit.

Setelah dilakukan implementasi 3 EBN kepada Ny. T dan Ny. M didapatkan peningkatan mobilitas fisik pada kedua pasien dengan kriteria hasil berada pada level 4 (cukup meningkat). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Sholihany et al., 2021) bahwa latihan ROM pasif bilateral dan unilateral terbukti dapat membantu mempertahankan kekuatan otot dan kelenturan sendi, kemudian pada penelitian yang dilakukan (Samarang & Syamsuddin, 2025) mengatakan bahwa mirror therapy terbukti dapat meningkatkan aktivitas pada bagian tubuh yang terkena hemiparese, lalu sejalan pula dengan penelitian yang dilakukan oleh (Solon et al., 2022) yang mengatakan bahwa terapi CIMT dapat membantu agar sisi tubuuh yang terkena stroke tetap melakukan fungsinya dengan normal. Berdasarkan hasil evaluasi dan data *pre-post* ADL Indeks

kedua pasien yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa *Evidence Based Nursing Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) memiliki pengaruh yang lebih baik dibanding 2 EBN lainnya yang diterapkan pada kedua pasien.

F. Keterbatasan Studi Kasus

Selama dilakukannya studi kasus pada kedua klien, penulis mendapati beberapa keterbatasan yang terjadi, antara lain:

1. Penulis hanya berfokus pada gangguan mobilisasi yang dialami pasien, dan tidak memberikan gambaran yang lebih luas tentang keseluruhan keluhan yang dialami pasien.
2. Studi kasus ini hanya diaplikasikan pada 2 klien saja sehingga tidak dapat memberikan perbandingan yang cukup signifikaan untuk menjadi standarisasi pada implementasi yang diberikan terhadap gangguan mobilisasi pasien pasca stroke
3. Keterbatasan kemampuan klien yang sudah sangat rentan, sehingga terapi yang diberikan tidak terlalu dirasakan perubahannya karena faktor usia klien
4. Penulis tidak memantau 24 jam kemampuan mobilisasi pasien, sehingga penulis hanya mengambil data ketika melakukan asuhan keperawatan saja

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu