

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respons pasien. Tujuan dari pengkajian keperawatan adalah untuk menyusun data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, dan respons pasien terhadap masalah (Induniasih dan Hendarsih, 2016). Pengkajian awal pada Ny.T dilakukan pada tanggal 29 Oktober 2022.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan didapatkan keluhan utama berupa kelemahan ekstremitas sebelah kanan dengan nilai kekuatan otot ekstremitas kiri masing-masing 1 pada tangan kiri dan 2 pada kaki kiri.. Hal ini sesuai dengan pendapat Annisyah (2020) bahwa Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Ahda (2017) bahwa dalam pengkajian pasien stroke non hemoragik didapatkan keluhan kelemahan anggota gerak sebelah badan. Keluhan utama pada pasien stroke umumnya adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan dan hal ini menjadi perhatian perawat dalam memberikan asuhan keperawatan guna meningkatkan kemampuan mobilitas fisik pasien. Keluhan / tanda gejala yang tidak ditemukan pada pengkajian pada Ny. T antara lain : kelumpuhan wajah, penurunan kesadaran, afasia (kesulitan berbicara), disatria (cadel/pelo),

gangguan penglihatan/diplopia dan disfagia (kesulitan menelan). Hal ini dikarenakan pasien mengalami oklusi di arteri serebri media dibuktikan dengan adanya infark di bagian frontalis dextra dan temporalis sinistra,. Menurut Abdul Gofir (2020) sindrom klinis yang dihasilkan pada oklusi batang arteri serebri media menyebabkan infark pada serat motoric dalam kapsula interna menyebabkan paralisis pada kaki kontra lateral. Keluhan buyer, nyeri kepala hanya dirasakan pasien saat di awal serangan yaitu saat di rumah, selanjutnya pasien tidak mengeluhkan buyer maupun nyeri kepala.

Berdasarkan hasil pengkajian pasien Ny. T berusia 81 th dan sudah termasuk usia lansia, salah satu factor resiko terjadinya stroke adalah usia. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Yofa Anggriani (2022) dalam penelitian yang berjudul Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke. Pengkajian kognitif menggunakan MMSE didapatkan skor nilai 28 yang berarti pasien masih mempunyai fungsi kognitif yang baik.

Hasil pengkajian pola Gordon bagian aktivitas atau Latihan ditemukan bahwa pasien mengalami keterbatasan mobilitas akibat adanya gangguan neuromuskuler yaitu kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Pasien dengan kelemahan anggota gerak akan mengalami keterbatasan mobilitas. Pengaruh imobilisasi yang cukup lama akan terjadi respon fisiologis pada sistem otot rangka. Respon fisiologis tersebut berupa gangguan mobilisasi permanen yang menjadikan keterbatasan mobilisasi. Keterbatasan mobilisasi akan mempengaruhi daya tahan otot sebagai akibat dari penurunan masa otot, atrofi dan stabilitas (Annisyah, 2020).

Hasil pengkajian menggunakan NIHSS didapatkan skor nilai 7 dan 5 masing –masing saat masuk dan saat pasien pulang, sehingga dapat disimpulkan pasien mengalami stroke sedang. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh (Didik Saudin, 2017) bahwa Pengkajian *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada.

Hasil pengkajian mobilitas fisik pasien didapatkan kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri yang mengalami kelemahan dengan nilai 1 pada tangan kiri dan 2 pada kaki kiri, kemampuan mobilitas berada dalam tingkat 3 yaitu memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan.

Data hasil pengkajian didapatkan bahwa untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri yang meliputi mandi, toileting, berpakaian, makan, dan minum pasien dibantu oleh keluarga. Menurut teori Dorothea Orem bahwa klasifikasi ketergantungan pasien terdiri dari 3 jenis yaitu *minimal care*, *partial care*, dan *total care*. Berdasarkan hasil pengkajian bahwa pasien membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan mobilisasi dalam berpindah tempat, terdapat kelemahan anggota gerak, terpasang DC kateter, membutuhkan bantuan penuh untuk berpakaian dan berdandan, dan dimandikan maka sejalan dan sesuai dengan teori Orem terkait *defisit self care*.

Hasil pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan CT-Scan pada tanggal 29/10/2022, didapatkan hasil bahwa pasien mengalami old infark di frontalis dextra dan temporalis sinistra. Hal tersebut sesuai dengan pendapat

dari Annisyah (2020) bahwa penegakan diagnosa pada pasien stroke non hemoragik perlu didukung oleh hasil pemeriksaan Head CT-Scan untuk memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark. Akan tetapi hal tersebut sebenarnya tidak sejalan dengan hasil pengkajian dari pasien dan keluarga yang menyatakan bahwa pasien baru pertama kali mengalami stroke. Hasil Head CT Scan dengan old infark biasanya didapatkan pada pasien yang mengalami stroke ulang/ recurrent.

Hasil pengkajian resiko jatuh didapatkan data bahwa pasien mengalami resiko jatuh dengan nilai 60 yaitu resiko jatuh tinggi tinggi dengan kemampuan mobilitas fisik berada pada tingkat tiga yaitu pasien membutuhkan memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Diyatul dan Maria Ulfah (2022) bahwa pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami kelemahan anggota gerak Sebagian badan memiliki resiko jatuh. Hal serupa juga dikemukakan oleh Laura Gomez, et al (2021) yang mengatakan bahwa pasien stroke dengan kelemahan ekstremitas beresiko mengalami jatuh dan gangguan mobilitas fisik. Oleh karena pasien mengalami resiko jatuh dalam tingkat sedang maka perawat perlu untuk melakukan perencanaan tindakan berupa pencegahan jatuh.

Secara singkat kejadian Sttroke pada Ny. T kemungkinan disebabkan karena factor hipertensi dan hiperkolesterolemia yang berlangsung sejak kurang lebih 2 tahun yang lalu saat tekanan darah mulai tinggi. Kolesterol/ lemak yang menumpuk menyebabkan plak/ arterosklerosis pada pembuluh

darah sehingga aliran darah menjadi lambat dan berat yang ditandai dengan tekanan darah pasien menjadi tinggi. Kemudian menyebabkan terjadinya thrombus/ emboli pada otak yang terjadi dengan cepat sehingga mengakibatkan pasien mengalami stroke non hemoragik dan menyebabkan metabolisme dalam otak berkurang, oksigen dalam otak juga berkurang dan mengakibatkan resiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif, yang salah satunya ditandai dengan peningkatan TIK sehingga mengakibatkan keluhan pusing/ nyeri pada kepala. Penurunan suplai darah ke otak juga menyebabkan kerusakan pada nervus kesembilan (aksesorius) yang menyebabkan penurunan fungsi motoric dan musculoskeletal sehingga menyebabkan kelemahan anggota gerak dalam kasus ini pasien mengalami kelemahan anggota gerak kiri sehingga menyebabkan gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh. Adanya kelemahan anggota gerak tersebut juga menyebabkan pasien mengalami deficit perawatan diri.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah tahap kedua dari proses keperawatan. Diagnosa keperawatan berupa penilaian klinis terkait respon individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah Kesehatan yang bersifat actual maupun potensial resiko yang digunakan sebagai dasar dan acuan untuk merencanakan intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan keperawatan (Rohmah dan Walid dalam Julia Tri Winahyu, 2022).

Diagnosa keperawatan adalah tahap kedua dari proses keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon

klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosa keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan, dan indikator diagnostik. Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor resiko. Pada diagnosa aktual, indikator diagnostik hanya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala (Annisyah, 2020).

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada penyakit stroke non hemoragik menurut SDKI (2018) adalah sepuluh dan yang terjadi pada pasien ada empat. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien yaitu, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan hiperkolesterolemia, deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun.

Diagnosa yang pertama yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, SDKI (2017), menyebutkan diagnosa keperawatan pada gangguan kebutuhan aktivitas latihan pasien stroke yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, gangguan neuromuskuler, dengan tanda dan gejala berupa gejala subyektif yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dan gejala obyektif yaitu kekuatan

otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, fisik lemah.

Pada pasien Ny. T terdapat beberapa tanda dan gejala yang sesuai dengan teori yang ada yaitu berupa pasien mengeluh lemah anggota gerak ekstremitas kiri, kekuatan otot pasien pada ekstremitas kiri menurun dengan nilai 1 pada tangan kiri dan 2 pada kaki kiri, kemampuan mobilitas berada dalam tingkat 3 yaitu memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan. Gangguan mobilitas fisik umumnya terjadi pada hampir semua pasien stroke.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wahdaniyah Eka Pratiwi (2019) pasien stroke mengalami gangguan mobilitas fisik, pada pasien stroke masalah utama yang akan timbul yaitu rusaknya/matinya jaringan otak yang dapat menyebabkan menurunnya bahkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan tersebut. Salah satu gejala yang ditimbulkan yaitu adanya kecatatan berupa kelumpuhan anggota gerak hemiparesis atau kelemahan otot pada bagian anggota gerak tubuh yang terkena seperti jari-jari tangan. Fungsi ekstremitas begitu penting dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan merupakan bagian yang paling aktif, maka jika terjadi kelemahan pada ekstremitas akan sangat menghambat dan mengganggu kemampuan dan aktivitas sehari-hari seseorang. Hal serupa juga diungkapkan oleh Ahda (2020) stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis dan emboli sehingga menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah sehingga suplai darah dan oksigen berkurang ke otak terjadi iskemik otak dan menyebabkan nekrosis dan

defisit neurologi yang menyebabkan penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal terjadi kelemahan pada anggota gerak sehingga menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Keluhan/ tanda gejala yang tidak ditemukan pada diagnose gangguan mobilitas fisik adalah nyeri anggota gerak dan merasa cemas saat bergerak.

Diagnosa yang kedua yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dan hiperkolesterolemia, Kolesterol merupakan zat di dalam aliran darah di mana semakin tinggi kolesterol maka semakin besar pula kemungkinan dari kolesterol tersebut tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi lebih sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak. Inilah yang dapat menyebabkan terjadinya stroke iskemik. Kolesterol merupakan salah satu faktor risiko yang sangat besar peranannya pada penyakit jantung dan stroke iskemik (Junaidi dalam Ahda, 2020). penumpukan lemak didalam pembuluh darah arteri (arterosklerosis) yang menyebabkan terjadinya sumbatan di pembuluh darah arteri sehingga darah menuju otak berkurang dan menyebabkan otak kekurangan oksigen.

Pada diagnose resiko perfusi jaringan serebral ini juga tidak ditemukan tanda penurunan tingkat kesadaran dan gelisah. Akan tetapi penulis tetap mengangkat diagnose ini karena pada pasien stroke pada masa akut harus selalu dilakukan observasi dan monitoring adanya peningkatan TIK ataupun tanda- tanda penurunan kesadaran.

Diagnosa ketiga adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan

kelemahan. Diagnosa ini muncul karena stroke menyebabkan kelemahan fungsi gerak pada pasien. Terdapatnya kelemahan anggota gerak sebelah kiri yang mempengaruhi aktivitas pasien khususnya dalam pemenuhan perawatan diri. Kondisi fisik pasien yang lemah menyebabkan pasien tidak mampu secara mandiri untuk melakukan pemenuhan perawatan diri. Hal tersebut sesuai dan sejalan dengan patofisiologi dari teori (Hadi, Purwanto 2016).

Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan melakukan aktivitas perawatan secara mandiri (PPNI, 2017). Tanda dan gejala yang muncul dari hasil pengkajian pasien adalah pasien mengatakan tidak mampu mandi dan mengenakan pakaian secara mandiri, rambut pasien tampak berantakan, pakaian pasien tampak lusuh dan tercium bau keringat, pasien tampak lemah dan berbaring diatas tempat tidur. Tanda dan gejala yang muncul pada pasien sesuai dengan tanda dan gejala mayor minor dalam buku SDKI (PPNI, 2017). Terdapat kesesuaian antara teori ditegakkannya diagnosa dengan hasil pengkajian kasus Ny T.

Diagnosa yang keempat yaitu resiko jatuh dibuktikan Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun. Risiko jatuh dapat terjadi pada semua pasien yang sedang dirawat di Rumah Sakit, terutama pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik, memiliki resiko yang lebih besar untuk jatuh. Penulis menegakkan diagnose ini menjadi diagnose yang terakhir dikarenakan sifat masalah bersifat resiko. Diagnosis resiko menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan yang dapat menyebabkan pasien beresiko mengalami masalah keperawatan tidak ditemukan penyebab pada

diagnose ini namun memiliki faktor resiko. Resiko jatuh menjadi diagnose terakhir untuk ditangani yang dipertimbangkan berdasarkan hierarki maslow. Resiko jatuh merupakan masalah yang diangkat pada pasien dengan stroke non hemoragik yang mengalami kelemahan anggota gerak pada ekstremitas sehingga berpengaruh terhadap kemampuan mobilitas fisik pasien. Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosis ini berdasarkan dengan Pedoman Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018).

Intervensi pencegahan jatuh yang diberikan kepada pasien yaitu identifikasi faktor risiko jatuh untuk mengidentifikasi tingkat risiko jatuh pasien. Pastikan kunci roda bed dalam posisi terkunci, pasang handrail tempat tidur, pasang stiker kuning sebagai tanda risiko jatuh digelang identitas pasien untuk menerapkan prinsip patient safety. Anjurkan keluarga untuk menemani dan mendampingi pasien untuk memberikan pengawasan ketika pasien bersama keluarga. Melibatkan peran keluarga dalam mendampingi pasien merupakan hal penting untuk menjaga pasien dari risiko jatuh.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan pedoman pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Perencanaan bertujuan untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah kesehatan pasien (SIKI,2018). Penentuan prioritas masalah keperawatan dipertimbangkan menurut keadaan yang aktual. Berdasarkan Hierarki Maslow terdapat lima kebutuhan dasar manusia dengan urutan yang menjadi prioritas pertama adalah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis meliputi oksigenasi, cairan

dan elektrolit, nutrisi, eliminasi, istirahat tidur, aktivitas mobilitas, dan seksualitas. Prioritas kedua yaitu rasa aman dan nyaman. Prioritas ketiga yaitu cinta dan kasih sayang. Prioritas keempat yaitu kebutuhan harga diri dan yang kelima adalah aktualisasi diri (Potter dan Perry, 2015).

Diagnosa keperawatan yang pertama adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler Penulis menegakkan diagnosa ini menjadi diagnosa pertama dikarenakan sifat masalah bersifat aktual. Diagnosis aktual merupakan diagnosis yang menggambarkan respon pasien terhadap, kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan tanda dan gejala mayor minor (PPNI, 2017). Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosis ini berdasarkan dengan pedoman Buku Standar Keperawatan Intervensi Indonesia (SIKI).

Dalam perencanaan pada diagnose gangguan mobilitas fisik ini penulis mengambil lima dari Sembilan kriteria dari SLKI (2017) yaitu pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, gerakan tidak terkoordinasi menurun, kelemahan fisik menurun. Penulis tidak mencatumkan kriteria nyeri dan kecemasan menurun karena pasien tidak mengalami hal tersebut. Dalam diagnose pertama ini penulis mengambil 11 rencana intervensi dari SIKI(2017) yang terdiri dari 4 observasi, 3 terapeutik, 3 edukasi dan 1 tindakan kolaborasi. Rencana intervensi ini telah dimodifikasi dengan intervensi ROM berdasarkan evidence based practice yaitu memberikan ROM dengan durasi 15-20 menit 2 kali dalam sehari. Perencanaan ini melibatkan keluarga dalam pelaksanaannya, yaitu keluarga

terlibat membantu melakukan latihan rentang gerak pada sore hari sementara pagi hari dilakukan oleh perawat ataupun fisioterapis.

Intervensi dukungan mobilisasi dan Latihan rentang gerak yang diberikan kepada pasien meliputi Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan, Berikan latihan ROM pasif selama 2x/ hari dengan durasi 15-20 menit setiap kali latihan Libatkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, mengajarkan pasien dan keluarga tentang pentingnya latihan ROM pasif dan aktif mengajarkan keluarga memberikan latihan ROM pasif kepada pasien 15-20 mnt setiap kali latihan. Intervensi ini berdasar penelitian Agusrianto (2020), dalam penelitiannya yang berjudul “Penerapan Latihan *Range of Motion* (ROM) Pasif terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien dengan Kasus Stroke “, ROM pasif yang diberikan dua kali sehari diwaktu pagi dan sore hari dengan waktu pemberian 15-20 menit ternyata terbukti dapat meningkatkan kekuatan otot pada satu pasien stroke non hemoragik. Penelitian ini sejalan dengan penelitian selanjutnya yang berjudul “Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Melalui Latihan *Range Of Motion* (ROM) Pasife” yang dilakukan oleh Iri Rahmadani di Rumah Sakit Umum Curup ICU pada tahun 2019. Tindakan ini sejalan dengan Sry Desnayati Purba, Bagus Sidiq, et al (2020) dengan judul Efektivitas ROM (*Range off Motion*) terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di Rumah

Sakit Royal Prima, menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan untuk memulihkan kekuatan otot pada pasien stroke salah satunya dilakukan melalui Latihan rentang gerak / *Range Of Motion*. Hal serupa juga dikemukakan oleh Diyaul dan Maria Ulfah (2022) bahwa salah satu intervensi pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik adalah dengan pemberian Latihan rentang gerak / *Range of Motion*.

Diagnosa Keperawatan yang kedua adalah resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hiperkolesterolemia. Dalam hal ini penulis membuat 3 rencana tujuan yang dimodifikasi sesuai dengan kondisi pasien berdasarkan SLKI (2017). Intervensi keperawatan yang dibuat berupa manajemen peningkatan tekanan inta kranial yang terdiri dari 13 rencana intervensi yang juga disesuaikan dengan kondisi pasien dan berdasarkan SIKI (2017), pada pasien stroke non hemoragik terjadi akibat penyumbatan (trombotik atau embolik) pembuluh darah arteri otak. Penyumbatan pembuluh darah otak dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh bagian otak tersebut. Salah satu penyebabnya adalah karena tumpukan plak di dalam pembuluh darah akibat dari hiperkolesterolemia. Hal ini dapat mengakibatkan pasien stroke non hemoragik beresiko mengalami peningkatan tekanan intra kranial (Niken, 2020). Tindakan yang dilakukan berupa identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP, status pernafasan pasien, berikan posisi semifowler, pertahankan suhu tubuh normal. Tindakan yang dilakukan ini telah sesuai dengan buku Standar Keperawatan Intervensi Indonesia (SIKI,

2017).

Diagnosa keperawatan yang ketiga adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Penulis menegakkan diagnosa ini menjadi diagnosa ketiga dikarenakan sifat masalah bersifat aktual. Defisit perawatan diri menjadi prioritas ketiga untuk ditangani dengan segera setelah gangguan mobilitas fisik dan resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif yang dipertimbangkan berdasarkan hierarki maslow. Defisit perawatan diri merupakan masalah yang diangkat khususnya pada pasien stroke yang disebabkan karena terdapatnya kelemahan pada anggota gerak. Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosis ini berdasarkan dengan pedoman Buku Standar Keperawatan Intervensi Indonesia (SIKI).

Tidak semua intervensi yang ada pada buku SIKI dilakukan namun penulis memilih dan menyeleksi tindakan yang bisa dilakukan dan sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi dukungan perawatan diri yang diberikan kepada pasien yaitu identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, bantu memandikan pasien, bantu mengenakan pakaian pasien, bantu memotong kuku pasien, bantu menyisir rambut pasien, bantu membersihkan buang air besar pasien, bantu mengganti pakaian, anjurkan dan libatkan keluarga dalam membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien. Melibatkan peran keluarga menjadi hal yang penting dalam mencapai pemenuhan perawatan diri pasien.

Diagnosa yang keempat adalah risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun. Diagnosa ini bersifat risiko namun harus ditegakkan dan diberi

intervensi segera karena terkait dengan keselamatan pasien. Diagnosis risiko menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan yang dapat menyebabkan pasien berisiko mengalami masalah keperawatan tidak ditemukan penyebab pada diagnosa ini namun memiliki faktor risiko. Risiko jatuh termasuk dalam kebutuhan rasa aman dalam hierarki Maslow sehingga perlu ditegaskan dan diberikan intervensi segera. Risiko jatuh merupakan masalah yang diangkat khususnya pada pasien stroke dengan kelemahan anggota gerak sebelah badan. Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosis ini berdasarkan dengan pedoman Buku Standar Keperawatan Intervensi Indonesia (SIKI).

Intervensi pencegahan jatuh yang diberikan kepada pasien yaitu identifikasi faktor risiko jatuh untuk mengidentifikasi tingkat risiko jatuh pasien. Pastikan kunci roda bed dalam posisi terkunci, pasang handrail tempat tidur, pasang stiker kuning sebagai tanda risiko jatuh digelang identitas pasien untuk menerapkan prinsip patient safety. Anjurkan keluarga untuk menemani dan mendampingi pasien untuk memberikan pengawasan ketika pasien bersama keluarga. Melibatkan peran keluarga dalam mendampingi pasien merupakan hal penting untuk menjaga pasien dari risiko jatuh (SIKI, 2017).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik. Implementasi keperawatan adalah realisasi dari perencanaan keperawatan. Tujuan dari tahap ini adalah

melakukan aktivitas keperawatan untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil efisien (Induniasih dan Hendarsih, 2016). Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien berdasarkan rencana intervensi dan *evidence based practice*.

Implementasi untuk diagnosa yang pertama yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler pada implementasi kegiatan yang dilakukan berupa mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, mengukur tanda vital pasien sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi, melatih rentang gerak pasif dan aktif / ROM, mengajarkan keluarga pasien cara melatih rentang gerak, melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi pasien, menjelaskan maksud dan tujuan melakukan mobilisasi, menganjurkan keluarga pasien untuk melakukan rentang gerak, dan kolaborasi dengan fisioterapi terkait latihan rentang gerak untuk mendukung mobilisasi pasien. Pada implementasi pasien dengan gangguan mobilitas fisik ini sudah sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2017). Tindakan yang dilakukan berdasarkan *eviden based nursing* yaitu Tindakan berupa melatih rentang gerak /ROM, pasien dilakukan Latihan rentang gerak selama 2x sehari dengan durasi 15-20 menit, Latihan rentang gerak ini bertujuan untuk melatih kekuatan dan kelenturan otot, mempertahankan mempertahankan fungsi jantung dan pernafasan, mencegah kekakuan sendi serta mencegah kelainan bentuk sendi. Sebelum dilakukan Tindakan Latihan rentang gerak/ROM pasien diukur kekuatan otot nya terlebih dahulu dan

kemampuan rentang gerakanya. Pasien juga dilakukan pemeriksaan tanda vital terlebih dahulu, hal ini sesuai dengan petunjuk di buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2020).

Pemberian tindakan latihan rentang gerak/ROM bagi pasien stroke Non Hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik ini sejalan dengan penelitian yang dikemukakan oleh Anggriani dan Nurul Aini (2020) bahwa Latihan Range of Motion efektif untuk meningkatkan kekuatan otot pasien stroke, dengan peningkatan kekuatan otot membantu mengurangi hambatan mobilitas pada pasien. Hal serupa juga dikemukakan oleh Wahdaniyah Eka Pratiwi, et al (2019) yang merupakan study systematik review yang membandingkan beberapa jurnal yang berisi intervensi latihan ROM terhadap peningkatan kekuatan otot pada stroke, didapatkan hasil bahwa dari beberapa jurnal relevan yang diambil dapat disimpulkan bahwa latihan ROM efektif dalam meningkatkan kekuatan otot. Dengan pemberian latihan yaitu 2x sehari setiap pagi dan sore dengan waktu 15-35 menit dan dilakukan 4 kali pengulangan setiap gerakan karena telah terbukti berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot. Terapi tersebut direkomendasikan untuk digunakan karena tekniknya sederhana, tidak membutuhkan alat dan bahan, tidak memerlukan kemampuan khusus untuk menerapkannya dan dapat dilakukan oleh semua pasien stroke yang mengalami kelemahan otot.

Dalam beberapa jurnal yang ditemukan oleh penulis tentang efektifitas Latihan range Of Motion terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke yang ditulis oleh Zahra Sadat Hosseini, Hamid Peyrovi, et al (2019)

dengan judul “*The Effect of Early Passive Range of Motion Exercise on Motor Function of People with Stroke*” dikemukakan bahwa Penggunaan latihan ROM pasif tidak hanya mencegah komplikasi lokal, tetapi juga meningkatkan fungsi motorik setelah stroke. Disarankan untuk menggunakan latihan rentang gerak pasif sedini mungkin sebagai bagian dari perawatan untuk orang dengan stroke selama fase akut penyakit.

Selain Latihan rentang gerak / ROM pada pasien ini juga diberikan medikasi berupa suntikan Citicolin 2x1 gram dan mecobalamin 2x500mcg, Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama *phosphatidylcholine*. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak. Mecobalamin adalah koenzim yang mengandung vitamin B12 yang ikut berpartisipasi dalam reaksi transmetilasi. Mecobalamin adalah homolog vitamin B12 yang paling aktif di dalam tubuh. Mecobalamin bekerja dengan memperbaiki jaringan syaraf yang rusak. Pemberian medikasi tersebut menunjang dalam proses penyembuhan dan pemulihan pada pasien stroke. Kolaborasi antara obat dan tindakan keperawatan yang berbasis pada *evidence based nursing* dapat membantu pasien untuk meningkatkan kekuatan otot dan memperbaiki kemampuan mobilitas fisik. Tindakan berupa latihan rentang gerak / ROM dalam meningkatkan kekuatan otot serta kemampuan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Abdillah et al, 2022 yaitu “*The Effectiveness of Range of Motion (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke*”, penelitian ini adalah studi literature review yang mengambil beberapa jurnal

yang relevan yang terbit antara tahun 2016 sampai dengan 2021 dan 8 artikel digunakan sebagai analisis dengan hasil berupa uji statistik dalam delapan literatur menunjukkan bahwa sebagian besar efek dari Latihan ROM untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke dilakukan 1-2 kali sehari, dan durasi setiap ekstremitas adalah 15-20 menit per sesi, dilakukan dua kali sehari selama enam hari. Hal ini bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan massa otot dan tonus otot penderita stroke yang mengalami penurunan kekuatan otot. Latihan ROM mempengaruhi peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke. Latihan ROM aktif dan pasif dapat diberikan untuk meningkatkan kekuatan otot dalam perawatan pasien stroke secara efektif.

Latihan rentang gerak / *Range of Motion* dalam upaya meningkatkan mobilitas fisik pasien dengan kelemahan ekstremitas sebelah badan juga sesuai dengan penelitian Annisyah, 2020 dimana penelitian ini berupa studi kasus deskriptif menggunakan dua responden pasien stroke di RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu diberikan latihan ROM. Hasil evaluasi selama tiga hari yaitu terjadi peningkatan mobilitas fisik.

Pemberian latihan Pasif *Range of Motion* pada kasus ini juga berpengaruh terhadap skor NIHSS, yaitu terdapat peningkatan skor NIHSS awal pasien masuk 5 menjadi 7 saat pasien pulang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Arif Hendra Kusuma, 2021.

Implementasi pada diagnose yang kedua yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan hiperkolesterolemia, pada pasien ini telah dilakukan tindakan berupa mengidentifikasi penyebab

peningkatan TIK, memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, memonitor MAP, memonitor status pernafasan pasien, memberikan posisi semifowler, memonitor tingkat kesadaran. Tindakan yang dilakukan ini telah sesuai dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan buku Standar Keperawatan Intervensi Indonesia (SIKI, 2018). Pada pasien stroke non hemoragik beresiko mengalami gangguan perfusi serebral dikarenakan kolesterol yang meningkat didalam darah mengakibatkan timbunan plak atau arteriosclerosis sehingga mengakibatkan penyempitan pembuluh darah / oklusi vaskuler, kemudian thrombus yang terlepas akan terbawa oleh aliran darah dan terjadi emboli / thrombus cerebral mengakibatkan stroke iskemik atau stroke non hemoragik dikarenakan bagian otak yang terhalang thrombus tidak teraliri darah dan mendapatkan suplai oksigen, sehingga pasien stroke beresiko mengalami peningkatan tekanan inta kranial sehingga implementasi yang diberikan berupa manajemen peningkatan tekanan intra kranial. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juan (2019) bahwa pada pasien dengan hiperkolesterolemia beresiko tinggi untuk terjadi penyakit stroke dan penyakit kardiovaskuler.

Implementasi diagnosa keperawatan ketiga yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Berdasarkan hasil pengkajian skala ketergantungan didapatkan pasien termasuk ke dalam klasifikasi *total care*. Kondisi fisik biologis pasien yang lemah, umur yang sudah lanjut usia dan kelemahan anggota gerak kiri menjadi faktor pendukung kelemahan dalam memenuhi aktivitas pemenuhan dan pemeliharaan kebersihan diri. Hal ini di

dukung oleh teori Dorothea Orem tentang *defisit self care*. Teori ini menjelaskan bahwa tindakan keperawatan pemenuhan perawatan diri diberikan jika pasien mengalami ketergantungan total dan tidak mampu melakukan self care secara mandiri dan efektif. Teori ini mengklasifikasikan tingkat ketergantungan menjadi tiga jenis yaitu *minimal care*, *partial care*, dan *total care*. Pasien dikategorikan ke dalam *minimal care* apabila pasien bisa mandiri atau hampir tidak memerlukan bantuan, status psikologis stabil, pasien dirawat untuk prosedur diagnostik ataupun menjalani operasi ringan. Pasien dikategorikan ke dalam *partial care* apabila pasien memerlukan bantuan perawatan sebagian, pasca operasi minor, pasien dalam observasi tanda-tanda vital setiap empat jam. Pasien dikategorikan ke dalam *total care* apabila pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawatan yang lebih lama, menggunakan alat traksi, mengalami fraktur, dan menggunakan kateter untuk buang air kecil.

Implementasi diagnosa defisit perawatan diri pada Ny T sudah sesuai dengan rencana tindakan yang dibuat oleh penulis dan sesuai dengan kondisi pasien. Pasien sudah difasilitasi dan dibantu dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri diantaranya mandi, mengganti pakaian, menyisir rambut, mengikat rambut, membantu membuang urine, membantu membersihkan buang air besar. Diharapkan dengan tindakan tersebut dapat membantu pasien untuk bisa melakukan perawatan diri.

Implementasi pada risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun. Risiko jatuh pada pasien dengan keterbatasan gerak dipengaruhi

oleh usia, semakin tua usia seseorang semakin tinggi pasien berisiko mengalami jatuh. Kemampuan otot dan tulang yang menurun karena faktor usia, berdampak pada kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan tubuh. Risiko jatuh pada pasien stroke non hemoragik dengan kelemahan ekstremitas sebelah dapat disebabkan oleh berbagai jenis cedera, kerusakan fisik, dan psikologis (Laili & Tanoto, 2019).

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama pasien dirawat adalah pencegahan jatuh dengan setiap kali memberikan tindakan keperawatan atau kolaborasi, penulis selalu memastikan keadaan kunci roda bed terkunci, penulis melakukan pencegahan jatuh dengan memasang handrail setiap kali meninggalkan pasien, melibatkan keluarga dalam mengawasi pasien, memposisikan tempat tidur pada posisi yang rendah untuk menghindari resiko jatuh. Resiko jatuh pada pasien stroke terjadi karena disfungsi nervus ke XI atau aksesorius, dimana terjadi penurunan fungsi motorik anggota gerak musculoskeletal yang mengakibatkan kelemahan dari satu atau keempat anggota gerak yang dapat mengakibatkan gangguan mobilitas fisik sehingga pasien beresiko jatuh. Tindakan yang dilakukan berupa pencegahan jatuh sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ahda (2020) bahwa pada pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan mobilitas fisik beresiko untuk jatuh untuk itu diberikan tindakan berupa pencegahan jatuh. Perawat memegang peran untuk melakukan pengkajian dan pencegahan jatuh pada pasien dengan memberikan edukasi kepada pasien dan melakukan tindakan pencegahan berdasarkan standar operasional prosedur

(Nurhasalah & Nurdahlia 2020).

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan dengan membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteri hasil yang telah dibuat ditahap perencanaan (Rohmah dan Walid, dalam Julia 2022). Setelah mengasuh pasien selama 4 hari, penulis melakukan evaluasi terakhir pada hari kamis tanggal 3 November 2022 dengan hasil sebagai berikut.

Evaluasi diagnosa pertama yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Setelah melakukan implementasi, penulis mendapatkan hasil dari diagnose tersebut teratasi , tujuan dan kriteria hasil telah tercapai. Hasil evaluasi akhir yang sesuai dengan kriteria akhir yaitu pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, Gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Berdasarkan kriteria hasil yang terpenuhi sudah cukup untuk memutuskan bahwa masalah gangguan mobilitas fisik teratasi. Kekuatan otot pasien pada saat pengkajian dengan nilai 1 pada tangan kiri yang artinya meningkat menjadi 2 ada sedikit kontraksi otot tetapi tidak bisa digerakkan, pada saat evaluasi hari terakhir. nilai kekuatan otot menjadi 2 yang berarti pasien pasien bisa menggerakkan ekstremitas tetapi gerakan ini tidak mampu melawan gaya berat, misalnya pasien bisa menggeser lengan tetapi tidak dapat mengangkatnya dan kekuatan otot pada kaki kiri yang awalnya 2 menjadi 3 berarti pasien mampu melakukan gerakan penuh yang normal

melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal, namun kekuatan tahanan belum sama dengan kekuatan tahanan pemeriksa. kemampuan rentang gerak pasien mengalami peningkatan yang signifikan. Meskipun dikatakan masalah sudah teratasi namun perawat perlu untuk menganjurkan pasien agar tetap melakukan latihan rentang gerak di rumah untuk mempertahankan kekuatan dan kelenturan otot dan mencegah kontraktur. Evaluasi keperawatan ini telah sesuai dengan penelitian yang ada diantaranya adalah Sri Desnayati purba, et al (2020) yang mengatakan bahwa pelaksanaan latihan *range of motion* pada pasien stroke mampu meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke yang mengalami kelemahan otot. Hal serupa juga diungkapkan oleh Anggriani et al (2020), yang mengatakan latihan ROM sangat efektif untuk meningkatkan kekuatan otot bagi pasien. Stroke dapat menyisihkan kelumpuhan, terutama pada sisi yang terkena, timbul nyeri, sublukasi pada bahu, pola jalan yang salah dan masih banyak kondisi yang perlu dievaluasi oleh perawat. Perawat mengajarkan cara mengoptimalkan anggota tubuh sisi yang terkena stroke melalui suatu aktivitas yang sederhana dan mudah dipahami pasien dan keluarga (*Smeltzer and Bare*, dalam Listyana, 2018).

Evaluasi diagnose kedua yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hiperkolesterolemia. Setelah melakukan implementasi, penulis mendapatkan hasil dari diagnosa tersebut dapat teratasi, tujuan dan kriteria hasil dapat tercapai. Hasil evaluasi akhir yang sesuai dengan kriteria hasil yaitu tingkat kesadaran pasien *compos mentis*, tekanan darah sistolik dan diastolik baik, serta reflek syaraf yang membaik. Berdasarkan kriteria

diatas sudah cukup untuk memutuskan bahwa masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi.

Evaluasi diagnosa ketiga yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Setelah melakukan implementasi, penulis mendapatkan hasil dari diagnosa tersebut teratasi sebagian, tujuan dan kriteria hasil sudah tercapai. Hasil evaluasi akhir yang sesuai dengan kriteria hasil yaitu kuku pasien pendek, badan wangi dan bersih, rambut tampak rapi, dan pasien mandi serta mengganti pakaian dua kali sehari, dengan bantuan total dari perawat dan keluarga dan pasien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri. Berdasarkan kriteria hasil yang terpenuhi belum cukup untuk memutuskan bahwa masalah defisit perawatan diri teratasi. Tindakan yang dilakukan selanjutnya adalah dengan melanjutkan intervensi antara lain identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, bantu memandikan pasien, bantu mengenakan pakaian pasien, bantu memotong kuku pasien, bantu menyisir rambut pasien, bantu membersihkan buang air besar pasien, bantu mengganti pampers pasien, anjurkan dan libatkan keluarga dalam membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien.

Evaluasi diagnosa keempat yaitu resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun. Setelah melakukan implementasi, penulis mendapatkan hasil dari diagnosa tersebut teratasi sebagian, tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian. Hasil evaluasi akhir yang sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien tidak jatuh saat duduk maupun dari tempat tidur, namun karena kondisi pasien yang mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan serta usia

pasien sudah 81 tahun, maka resiko jatuh tetap ada. Berdasarkan kriteria hasil yang terpenuhi belum cukup untuk memutuskan bahwa masalah risiko jatuh teratasi.

F. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi Keperawatan Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan. Pendokumentasian yang digunakan dalam kasus ini adalah POR (Problem Oriented Record) menggunakan SOAP (subjek, objek, analisa, planning). Dokumentasi pengkajian dilakukan setelah mendapat hasil data pengkajian pasien. Data yang diperoleh dari pengkajian kemudian dikelompokkan berdasarkan masalah yang selanjutnya dianalisis untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Dokumentasi diagnosa keperawatan diurutkan berdasarkan prioritas masalah yang mengancam nyawa. Dokumentasi perencanaan dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan. Dokumentasi implementasi dilakukan setelah memberikan tindakan keperawatan maupun tindakan kolaborasi. Dokumentasi evaluasi meliputi evaluasi respon yang dirasakan pasien setelah pemberian suatu tindakan. Pendokumentasian pada pasien sudah dilaksanakan oleh penulis di dalam catatan perkembangan pasien. Setelah melakukan tindakan keperawatan maupun tindakan kolaborasi, penulis selalu mendokumentasikan dicatatan perkembangan pasien. Pendokumentasian juga telah disertakan nama, tanda tangan, jam, hari dan tanggal.nnn