

BAB V

PEMBAHASAN

A. Analisis Asuhan Keperawatan dan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik

Pembahasan pada bagian ini akan menguraikan perbandingan mengenai tinjauan teori dengan tinjau kasus untuk menjawab tujuan khusus dari studi kasus ini. Perbandingan ini akan dibahas secara bertahap dengan pendekatan proses keperawatan dimana akan dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan paling awal dari proses sistematis dan merupakan proses yang sistematis (Febriana, 2017). Hasil pengkajian pada Ny.K dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik didapatkan umur pasien yaitu 63 tahun. hal ini sejalan dengan (Kemenkes, 2018), yang mengatakan bahwa kejadian penyakit stroke non hemoragik terjadi lebih banyak kelompok umur 55-56 tahun (33,3%). Orang yang berusia 55 tahun keatas memiliki resiko stroke non hemoragik lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang berusia lebih muda. hal ini dikarenakan prevalensi stroke non hemoragik yang memiliki faktor resiko hipertensi meningkat dua kali pada usia >55 tahun (Ayu Susilawati, 2016).

Pengkajian yang dilakukan panya Ny.K didapatkan data subjektif pasien mengeluh lemah pada separuh tubuh bagian kanan tidak bisa digerakkan. Data

objektif didapatkan pasien tampak mengalami penurunan kekuatan otot yaitu 1111 (satu) pada ekstremitas kanan, pasien tampak mengalami penurunan rentang gerak (ROM), fisik pasien tampak lemah. Sendi pasien tampak kaku, pasien tampak enggan melakukan aktifitas

Berdasarkan pengkajian keperawatan ditemukan tanda atau gejala mayor pada pasien dan juga tanda gejala minor. Data subjektif mayor yang didapatkan yaitu pasien mengeluh lemah pada separuh tubuh bagian kanan tidak bisa digerakkan. adapun data objektif mayor yang ditemukan pada pasien yaitu didapatkan pasien mengalami penurunan kekuatan otot yaitu 1111 (satu) pada ekstremitas kanan dan mengalami penurunan rentang gerak (ROM), fisik pasien tampak lemah, Sendi pasien tampak kaku, pasien tampak enggan melakukan aktifitas

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien, diantaranya data subjektif dan data objektif sesuai dengan acuan teori yang digunakan yaitu SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia). menurut acuan teori yang digunakan dalam pengkajian keperawatan untuk masalah gangguan mobilitas fisik terdapat tanda atau gejala mayor dan minor yang dilihat dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif mayor yaitu pasien mengeluh lemah pada separuh tubuh bagian kanan tidak bisa digerakkan dan data objektif mayor yaitu kekuatan otot menurun serta rentang gerak ROM menurun. Adapun data subjektif minor yaitu enggan melakukan pergerakan, dan data objektif minor yaitu sendi kaku, fisik lemah.

2. Diagnosis Keperawatan Asuhan Keperawatan dan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.K didapatkan pada data subjektif dan data objektif pasien dimana ditemukan 100% pada tanda dan gejala mayor dengan masalah gangguan mobilitas fisik dan ditemukannya data objektif minor. sehingga dapat ditegaskan diagnosis keperawatan pada kasus ini yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien mengeluh lemah pada separuh tubuh bagian kanan tidak bisa digerakkan, pasien tampak mengalami penurunan kekuatan otot yaitu 1111 (satu) pada sisi ekstremitas bagian kanan, pasien tampak mengalami penurunan rentang ROM (Range Of Motion), fisik pasien tampak lemah, sendi pasien tampak kaku, pasien tampak enggan melakukan pergerakan

Hasil data penelitian oleh (Elmasry, Marwa, Ghaydaa and Hala, 2016) penderita stroke iskemik yang mengalami gangguan mobilisasi fisik mengalami, keterbatasan *range of motion* (ROM) kaku pada sendi serta nyeri (100%), kelemahan otot sendi (40%). Menurut (Holm Thieme, 2013) hasil penelitiannya menyatakan bahwa sebanyak 567 penderita strokenon hemoragik yang mengalami masalah fungsi motorik dengan intervensi yang diberikan terapi yaitu cermin (*mirror therapy*), yang memiliki efek signifikan (efektif) pada fungsi motorik (data pasca intervensi: SMD 0,61; 95% CI 0,22-

1,0; P = 0,002; mengubah skor: SMD 1,04; 95% CI 0,57 hingga 1,51; Hal<0,0001).

Diagnosis keperawatan pada kasus ini adalah diagnosis aktual yang terdiri dari etiologi (penyebab) dan sign atau symptom (tanda atau gejala). Penyebab gangguan mobilitas fisik pada Ny.K dengan stroke non hemoragik yaitu gangguan neuromuskular. Adapun tanda atau gejala yang ditemukan pada pasien yaitu pasien mengeluh lemah pada separuh tubuh kanan tidak bisa digerakkan. Pasien juga mengalami penurunan pada kekuatan otot yaitu 1111 (satu) pada sisi ekstremitas sebelah kanan. Pasien juga mengalami penurunan rentang ROM (Range Of Motion) dan juga kondisi fisik pasien tampak lemah, kaku pada sendi dan pasien tampak enggan untuk melakukan pergerakan.

Hal ini menyatakan bahwa sesuai dengan teori pada buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia yang dijadikan sebagai acuan bahwa syarat untuk menegakkan diagnosis yaitu tanda atau gejala mayor yang ditemukan sekitar 80-100% untuk memvalidasi diagnosis. Ada 2 jenis diagnosa keperawatan yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif yaitu diagnosis aktual dengan diagnosis risiko. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu problem (masalah) dan indikator diagnostik yang terdiri dari etiologi (penyebab), sign atau symptom (tanda atau gejala), serta faktor risiko. Pada diagnosa aktual dengan indikator diagnostik terdiri dari etiologi (penyebab) dan sign atau symptom (tanda atau gejala).

3. Rencana keperawatan

Berdasarkan hasil data perencanaan keperawatan, pada bagian tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat (5), kekuatan otot meningkat (5), rentang gerak (ROM) meningkat (5), kelemahan fisik menurun (5), kaku sendi menurun (5). Intervensi keperawatan yang digunakan pada kasus ini terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung dengan label dukungan ambulansi, dukungan mobilisasi dan teknik latihan penguatan otot, pengaturan posisi serta intervensi inovasi *mirror therapy* dengan tindakan observasi, terapiotik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Berdasarkan perencanaan yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi utama dan intervensi pendukung serta intervensi inovasi, ada beberapa dari intervensi tidak dapat dilakukan. Pada intervensi utama yaitu dukungan mobilisasi tidak dapat memfasilitasi melakukan pergerakan, jika diperlukan saja dan mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), dan pada intervensi dukungan ambulansi tidak dapat menganjurkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan (misal, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi), dikarenakan pasien belum mampu untuk melakukan pergerakan dengan kondisi setengah tubuhnya masih dalam keadaan lemas

dan kaku, maka dari itu pasien belum mampu untuk melakukan pergerakan seperti pindah dari tempat tidur ke kursi maupun duduk di sisi tempat tidur.

Adapun intervensi tambahan yang tidak dapat dilakukan yaitu pada teknik penguatan otot yang tidak dapat dilaksanakan meliputi mengidentifikasi resiko latihan karena pasien tidak melaksanakan terapi yang mengakibatkan resiko yang mencederai pasien, indentifikasi kebugaran otot dengan menggunakan lapangan latihan atau laboratorium tes (misal, angkat maksimum, jumlah daftar unit waktu) karena pasien tidak melaksanakan terapi di lapangan, identifikasi jenis dan durasi aktifitas pemanasan atau pendinginan karena pasien tidak melakukan pelatihan yang berat sehingga pasien tidak melaksanakan pemanasan atau pendinginan, memfasilitasi sumber daya yang dibutuhkan dilingkungan rumah atau tempat kerja karena, memfasilitasi mengembangkan program latihan sesuai dengan tingkat kebugaran otot kendala muskuloskeletal, tujuan fungsional kesehatan, sumber daya peralatan olahraga, dan dukungan sosial, memfasilitasi merubah program atau mengembangkan stategi lain untuk mencegah bosa dan putus latihan, menjelaskan fungsi otot, fisiologis olahraga, dan konsekuensi tidak digunakan otot, anjurkan menghindari latihan selama suhu ekstrim. Alasannya karena pasien hanya melakukan teknik latihan penguatan otot untuk membantu proses meningkatkan kekuatan otot dengan proses awal yang diperlukan saja dengan memonitor efektifitas latihan pada pasien dengan memotivasi pasien.

Sedangkan intervensi pendukung pengaturan posisi yang tidak dapat dilaksanakan meliputi, memonitor traksi agar selalu tepat, tempatkan pada matras atau tempat tidur terapiotik yang tepat, tempatkan pada posisi terapiotik, tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan, tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan, sediakan matras yang kokoh atau padat, atur posisi yang meningkatkan drainage, posisikan pada sejajar tubuh yang tepat, tinggikan anggota gerak 20° atau lebih dari atas level jantung, berikan bantal yang tepat pada leher, berikan topangan pada area edema (misal, bantal dibawah lengan dan skrotum), posisikan untuk mempermudah ventilasi atau perfusi (misal, tengkurap atau good lung down), hindari menepatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri, hindari menempatkan stump pada amputasi pada posisi fleksi, hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka, ubah posisi dengan teknik log roll, pertahankan posisi dan integritas traksi, ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi, kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi. Dikarenakan alat traksi hanya dapat digunakan pada fisioterapis dan pasien tidak nyaman dan tidak mampu dengan kondisi terlentang atau tengkurap menggunakan matras yang akan menyebabkan ketidak efektifan dalam melakukan mobilisasi, selain itu pasien selalu bergantung pada keluarga untuk melakukan aktifitasnya, dan tidak ada edema pada pasien maka tidak dilakukan penompangan pada lengan hanya saja penompangan pada saat perubahan posisi setiap 2 jam. Maka dari itu pengaturan posisi ini hanya

dilaksanakan beberapa, sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien yang memungkinkan.

Hal ini menyatakan bahwa dengan acuan teori yang digunakan yaitu SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia). Hasil keperawatan menunjukkan kondisi diagnosis keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan. Ada dua kategori hasil keperawatan: hasil positif yang tidak memerlukan tindakan lebih lanjut dan hasil negatif yang memerlukan pengurangan. Output keperawatan terdiri dari tiga elemen utama: label (nama output keperawatan diwakili oleh kata kunci informasi eksternal), evaluasi (hasil yang diantisipasi), dan temuan (atribut pasien yang dicatat yang berfungsi sebagai dasar untuk mencapai hasil intervensi keperawatan). Mobilitas fisik adalah label positif dengan harapan teratasi atau meningkat. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Teori acuan yang digunakan untuk menentukan intervensi keperawatan yaitu SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Intervensi keperawatan ini yang memiliki 3 (tiga) komponen meliputi, label dan definisi serta tindakan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Label ini merupakan kata kunci yang memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi adalah komponen dimana menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan. sedangkan tindakan merupakan rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan

intervensi keperawatan. intervensi keperawatan terdiri atas tindakan-tindakan yang meliputi, observasi, terapiotik, edukasi dan kolaborasi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari intervensi yang sudah ditetapkan dengan tujuan yang sama yaitu memenuhi kebutuhan pasien dan meningkatkan kesehatannya (Lingga, 2019). Dilakukannya implementasi pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik selama 3 x 24 jam dengan dukungan mobilisasi, dukungan ambulansi, teknik latihan penguatan otot, pengaturan posisi dan *mirror therapy* dimana terdiri dari tindakan observasi, terapiotik dan edukasi serta kolaborasi

Tindakan keperawatan observasi pada intervensi utama dan intervensi pendukung meliputi, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan atau ambulansi, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi atau ambulansi, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi atau ambulansi, memonitor efektifitas latihan, memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi. Selanjutnya pada tindakan terapiotik meliputi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), memfasilitasi aktifitas ambulansi dengan alat bantu (misal, tongkat, kruk), memfasilitasi melakukan mobilisasi dini, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, melakukan latihan sesuai dengan program yang ditentukan, memfasilitasi menetapkan tujuan jangka

pendek dan jangka panjang yang realistis dalam menentukan rencana latihan, memberikan intruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot, membantu mengatur posisi pasien atau dengan meninggikan tempat tidur bagian kepala (misal, fowler atau semi-fowler) sebelum melakukan terapi, imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat, memotivasi untuk melakukan ROM aktif atau pasif, memotivasi terlibat dalam perubahan posisi sesuai kebutuhan, memotivasi pasien untuk fokus melakukan therapy, melakukan latihan *mirror therapy*, memberikan istirahat 5 (lima) menit setiap sesi pada pasien, mengubah posisi selama 2 jam, meminimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi, mengubah posisi tiap 2 jam, jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi. Tindakan keperawatan edukasi meliputi, menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi atau ambulansi, mengajarkan tanda atau gejala intoleransi dan setelah selesai sesi latihan (misal, kelelahan, kelesahan), informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan dan menjelaskan keluarga cara *mirror therapy* untuk membantu proses meningkatkan kekuatan otot. Tindakan keperawatan kolaborasi meliputi, menetapkan jadwal tindak lanjut untuk memotivasi memfasilitasi pemecahan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain (misal, terapis aktivitas, ahli fisiologis, terapis fisik) dalam perencanaan pengajaran dan monitor program latihan otot.

Implementasi keperawatan adalah kegiatan pelaksanaan segala jenis rencana keperawatan dengan tujuan untuk meningkatkan status kesehatan

klien. Implementasi keperawatan meliputi tahap persiapan, intervensi dan dokumentasi (Lingga, 2019). Menurut tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan acuan teori yang digunakan. Acuan teori intervensi keperawatan terdiri dari tindakan observasi, terapiotik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian hasil dan proses. Penilaian yang akan menentukan hasil seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Proses penilaian akan menentukan apakah penyimpangan dari setiap proses dimulai dari, pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi. Evaluasi merupakan tahap terakhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak, untuk mengatasi suatu masalah (Sihaloho, 2020).

Evaluasi keperawatan ini yang digunakan pada kasus ini dengan metode subjektif, objektif, assesment, planning. Hasil evaluasi pada Ny. K setelah dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam yakni S: Pasien mengatakan kondisinya sudah mulai membaik, pasien mengatakan jari-jari tangan kanan dan kaki kananya sudah sedikit bisa menggerakkan walaupun belum sepenuhnya, O: kondisi pasien tampak sudah membaik, pasien tampak sudah sedikit bisa menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan walaupun belum sepenuhnya, pasien tampak belum bisa sepenuhnya menggerakkan tangan kanan dan kaki kananya dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 2222 (dua),

pergerakan ekstremitas sedang (3), kekuatan otot sedang (3), rentang gerak (ROM) sedang (3), kelemahan fisik menurun (5), kaku sendi sedang (3) A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, P: Tingkatkan kondisi pasien, edukasi keluarga dan ajarkan cara *mirror therapy* untuk meningkatkan kekuatan otot serta mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Tahap evaluasi ini dapat membantu perawat dalam mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana keperawatan atau rencana tindakan dan implementasi keperawatan yang telah tercapai. Bagian evaluasi terletak paling akhir pada proses keperawatan akan tetapi pada tahap ini merupakan bagian yang integral pada setiap tahap proses keperawatan (Sihaloho, 2020). Berdasarkan acuan teori evaluasi keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik menggunakan kriteria hasil antara lain pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kelemahan fisik menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

B. Analisis Mirror Therappy Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik

Umumnya kemampuan manusia untuk bergerak adalah hal yang penting untuk melakukan aktifitas fisik, sehingga tubuh dapat berfungsi secara maksimal. Tubuh akan mengalami penurunan berbagai fungsi tubuh, jika pasien mengalami tirah baring terlalu lama. Maka dari itu mobilisasi dini dapat mencegah terjadinya komplikasi dari perawatan pasca stroke dan

memperbaiki mobilisasi pasien yang dapat membantu meningkatkan kekuatan otot dengan beragam cara, mulai dari teknik relaksasi *mirror therapy* atau perubahan posisi.

Pada kasus ini pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik dan diberikan intervensi *mirror therapy*. Setelah diberikan *mirror therapy* selama kurang lebih 30-35 menit secara bertahap selama 3 x 24 jam didapatkan hasil bahwa pasien sudah bisa sedikit menggerakkan jari - jari tangan dan kaki, terjadi peningkatan kekuatan otot pada ekstremitas kanan dari 1111 (satu) menjadi 2222 (dua), serta kondisi umum pasien tampak membaik. Hal ini sejalan dengan penelitian (Miryutova *et al.*, 2021) yang menyatakan bahwa setelah melakukan rehabilitasi *mirror therapy* yang dapat meningkatkan aktivitas motorik sebanyak 25%, dan therapy ini juga memiliki efek positif pada kualitas hidup pasien.

Mirror therapy bisa dilakukan dengan posisi pasien duduk dikursi menghadap kemeja atau dengan posisi pasien duduk di bed dengan meja makan, kedua tangan dan lengan bawah diletakkan di atas meja. Tahap selanjutnya cermin yang sudah dibaluti dengan kotak kardus diletakan diatas meja di depan pasien dan diposisikan pada tangan sisi yang tidak bisa digerakkan diletakkan dibelakang cermin sedangkan sisi yang sehat diletakkan didepan cermin. Selanjutnya pasien melakukan latihan dengan bantuan cermin, selama latihan pasien harus berkonsentrasi penuh, instruksikan pasien untuk focus pada pantulan tangan kanannya pada cermin,

dan memberitahu pasien untuk membayangkan itu adalah tangan kanannya. Hasil penelitian sejalan dengan (Holm Thieme, 2013) menyatakan bahwa sebanyak 567 penderita stroke iskemik yang mengalami masalah fungsi motorik dengan intervensi yang diberikan terapi yaitu cermin (*mirror therapy*), yang memiliki efek signifikan pada fungsi motorik (data pasca intervensi: SMD 0,61; 95% CI 0,22-1,0; P = 0,002; mengubah skor: SMD 1,04; 95% CI 0,57 hingga 1,51; Hal<0,0001) Sehingga pada Karya Ilmiah ini dapat disimpulkan bahwa intervensi pendukung *Mirror Therapy* dapat diimplementasikan sebagai alternatif teknik relaksasi dan juga teknik non farmakologi pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Ruang Kecak.