

BAB 4

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan menguraikan masalah yang terdapat di dalam kasus serta melakukan perbandingan antara teori dengan kenyataannya di lapangan saat melakukan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Krisan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru yang dilaksanakan pada tanggal 25 - 28 Maret 2020 dengan menerapkan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang terlebih dahulu melakukan pengumpulan data dengan cara anamnesa kepada klien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, catatan medis dan informasi dari perawat ruangan krisan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Pengkajian yang dilakukan sehubungan dengan penyakit yang diderita dan masalah keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik melalui data subjektif maupun objektif yang didapatkan.

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 25 Maret 2020 melalui wawancara yang dilakukan pada keluarga didapatkan hasil bahwa klien mengalami kaku dan lemah pada anggota gerak kanan, bicara pelo dan kesulitan komunikasi. Didukung dengan hasil pemeriksaan CT Scan kepala yaitu terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah otak yang mempengaruhi

fungsi bagian tubuh yang dipersarafinya. Terlihat nilai kekuatan otot klien pada ekstremitas kanan 2 dan ekstremitas kiri 5 sehingga klien mengalami kelemahan pada sebelah bagian tubuh dan terjadinya hambatan mobilitas fisik.

Menurut Tarwoto (2013), bahwa seseorang yang mengalami stoke non hemoragik akan mengalami tanda dan gejala berupa kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, afasia (kesulitan dalam bicara) dan disartria (bicara cadel atau pelo). Berdasarkan teori yang ada bahwa penyakit stroke terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak sehingga otak kekurangan oksigen dan menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi dengan baik. Pada tahap pengkajian ini, penulis melakukan pengkajian mengikuti dan berpedoman pada teori yang sudah ada.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Data yang telah didapatkan melalui proses pengkajian yang komprehensif yang terdiri dari data subjektif dan data objektif untuk kemudian di kelompokkan dan diinterpretasikan dalam analisa data untuk memunculkan masalah keperawatan dan kemudian disusun diagnosa keperawatan yang sesuai dengan prioritas masalah.

Pada teori menurut NANDA (2015), terdapat 7 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan Stroke Non Hemoragik,

diantaranya: 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aterosklerosis aortik, embolisme dan perdarahan intraserebri, 2) Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sistem saraf pusat, penurunan sirkulasi ke otak, 3) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, 4) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, 5) Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan ketajaman sensori, penghidu, penglihatan dan pengecapan, 6) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi berkurang, 7) Risiko cedera berhubungan dengan hipoksia jaringan.

Sedangkan pada kasus Tn. A dengan diagnosa medis stroke non hemoragik didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas. Diagnosa yang muncul dalam kasus merupakan 3 dari 7 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan didalam teori. Adapun Diagnosa keperawatan pada Tn. A, yaitu : 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aterosklerosis aortik, penurunan sirkulasi ke otak 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, hemiparesis 3) Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sistem saraf pusat, penurunan sirkulasi ke otak.

Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan dengan didukung oleh pemeriksaan dan data penunjang serta catatan medis saat melakukan pengkajian. Diagnosa yang ditegakkan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan klien saat dikaji.

4.3 Intervensi Keperawatan

Dalam penyusunan rencana keperawatan untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diinginkan tentunya disesuaikan dengan 3 diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan. Pada kasus Tn. A dengan Stroke Non Hemoragik, penulis menyusun intervensi keperawatan dengan mengambil beberapa intervensi yang sesuai dengan intervensi keperawatan yang terdapat didalam teori menurut Buchelek (2016), untuk diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral lakukan monitor TTV, posisikan pasien pada posisi *semifowler* 30-45°, monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul dengan hasil daerah yang mengalami hemiparesis/kelemahan tidak dapat merasakan sensasi panas/dingin/tajam/tumpul, mempertahankan tirah baring dan batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung. Untuk diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik lakukan latihan ROM aktif, ROM pasif dan merubah posisi. Untuk diagnosa keperawatan hambatan komunikasi verbal ajak klien untuk berbicara dengan perlahan-lahan, mendengarkan setiap ucapan klien dengan penuh perhatian, menganjurkan keluarga untuk sering berkomunikasi dengan klien dan melatih klien untuk mengucapkan beberapa kalimat sederhana.

hal ini dikarenakan intervensi pada teori mendukung dan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan Tn. A pada saat pengkajian yang diharapkan bahwa intervensi yang telah disusun tersebut dapat tercapai dan membantu dalam proses perawatan dan kesembuhan klien.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi, penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya. Didalam teori terdapat banyak intervensi yang dapat di implementasikan untuk membantu klien dalam proses perawatan dan kesembuhannya namun dalam praktiknya implementasi dapat dilakukan dengan intervensi yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien serta kemampuan dalam pelaksanaannya.

Implementasi keperawatan pada Tn. A dilakukan selama 3 hari untuk setiap diagnosa keperawatan. Sebagian besar intervensi yang telah disusun dari ketiga diagnosa dapat di implementasikan dengan baik pada hari pertama dan untuk hari kedua dan ketiga disesuaikan dengan keadaan dan perkembangan klien sehingga tidak semua intervensi dilakukan namun intervensi yang dilakukan tetap mewakili tujuan dari semua intervensi. Pada ketidakefektifan perfusi jaringan serebral melakukan monitor TTV, memposisikan pasien pada posisi *semifowler* 30-45°, memonitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul dengan hasil daerah yang mengalami hemiparesis/kelemahan tidak dapat merasakan sensasi panas/dingin/tajam/ tumpul, mempertahankan tirah baring dan batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung. Pada hambatan mobilitas fisik klien diajarkan untuk melakukan latihan ROM aktif, ROM pasif dan merubah posisi. Pada hambatan komunikasi verbal mengajak klien untuk berbicara dengan perlahan-lahan, mendengarkan setiap ucapan klien dengan penuh perhatian, menganjurkan keluarga untuk sering berkomunikasi dengan klien dan melatih klien untuk mengucapkan beberapa kalimat sederhana.

Akan tetapi implementasi yang dilakukan penulis masih kurang maksimal dikarenakan kurangnya waktu yang diperlukan penulis untuk melakukan intervensi hingga tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan tercapai dan masalah keperawatan pada pasien dapat teratasi.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah asuhan keperawatan yang telah diberikan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yaitu Subjektif, Objektif, Analisa dan Perencanaan.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan implementasi memonitor ttv, memposisikan pasien pada posisi semifowler 30-45°, memonitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, mempertahankan tirah baring dan batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung hingga hari ketiga klien mengatakan sakit pada kepala berkurang namun klien masih mengalami hemiparesis dextra sehingga masalah klien teratasi sebagian.

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik dengan implementasi mengajarkan ROM aktif dan ROM pasif yang semula klien mengalami kelemahan dan kesulitan menggerakkan anggota gerak kanannya dengan nilai kekuatan otot 2 yang hingga hari ketiga tangan dan kaki kanan klien sudah bisa digerakkan perlahan, klien sudah dapat menggerakkan jari tangan serta

sedikit mengangkat tangan untuk beberapa saat dengan nilai kekuatan otot menjadi 3 sehingga masalah teratasi sebagian.

Pada diagnosa keperawatan hambatan komunikasi verbal dengan implementasi mengajak klien untuk berbicara dengan perlahan-lahan, mendengarkan setiap ucapan klien dengan penuh perhatian, melatih klien untuk mengucapkan beberapa kalimat sederhana yang semula klien sulit berbicara, artikulasi kurang jelas dan pelo hingga hari ketiga sudah ada kemajuan walau saat berbicara kurang jelas tetapi beberapa kata sudah terdengar jelas sehingga masalah teratasi sebagian.