

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Subyek Studi Kasus

Berdasarkan dari penelitian yang telah dilakukan diperoleh hasil pengkajian identitas klien Tn.A dengan nomor registrasi 248992, tempat tanggal lahir Oheo 27 Oktober 1962, umur 62 tahun, jenis kelamin laki-laki, status menikah, beragama Islam, suku Tolaki, Pendidikan terakhir SLTA/SMA, pekerjaan petani, alamat tempat tinggal di Desa Mopute, Kecamatan Oheo, Kabupaten Konawe Utara. Pasien masuk RSUD Kota Kendari sejak tanggal 27 Mei 2024 pukul 14.00 Wita dan dilakukan pengkajian pada tanggal 29 Mei 2024.

Keluhan utama Tn.A mengatakan kram dan kebas pada tangan serta kaki sebelah kiri yang dirasakan selama 2 minggu terakhir, klien juga mengatakan kaku pada sendinya dan sulit untuk bergerak bebas, stroke yang dialami oleh klien pada saat ini merupakan stroke berulang atau stroke serangan ketiga dimana klien memiliki riwayat penyakit stroke non hemoragik sejak tahun 2018 dan pada tahun 2021 klien kembali dirawat di Rumah Sakit dengan penyakit yang sama. Pada serangan stroke pertama tahun 2018 kondisi klien mengalami hemiparesis devtra (kelemahan sisi tubuh bagian kanan), dan pada serangan kedua tahun 2021 kondisi klien mengalami hemiparesis sinistra (kelemahan sisi tubuh bagian kiri), dan pada serangan ketiga tahun 2024 ini kondidi klien mengalami hemiparesis sebelah kiri yang

sama halnya dengan kondisi pada saat mengalami serangan stroke kedua tahun 2021. Klien memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit serupa yaitu ayah klien. Klien mengatakan sulit dalam bergerak akibat dari kekakuan pada sendi dan penurunan kekuatan otot. Hasil dari pengkajian dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan didapatkan hasil, kondisi umum klien nampak lemah, tingkat kesadaran *composmentis* (GCS 15), TD: 160/90 mmHg, N: 76x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,7°C. Klien mengalami penurunan kekuatan otot (hemiparesis) dengan skala: ekstremitas kanan atas 5 (kekuatan otot normal), ekstremitas kiri atas 3 (tidak mampu melawan dorongan), ekstremitas kanan bawah 5 (kekuatan otot normal), dan ekstremitas kiri bawah 4 (mampu melawan tahanan minimal).

Terapi obat yang diberikan pada Tn.A yaitu infus RL 20 tpm/IV, piracetam 1 ampl/8 jam/IV, mecobalamin 1 ampl/12 jam/IV, aspilet 75 mg/24 jam/oral, clopidogrel 75 mg/24 jam/oral, amlodipine 10 mg/24 jam/oral, candesartan cilexetil 16 mg/24 jam/oral.

Berdasarkan dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan oleh peneliti pada klien, didapatkan masalah keperawatan yang terdapat pada klien yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan klien mengatakan sulit untuk menggerakkan anggota tubuhnya pada sisi sebelah kiri, dengan skala kekuatan otot ekstremitas kanan atas 5 (kekuatan otot normal), ekstremitas kiri atas 3 (tidak mampu melawan dorongan), ekstremitas kanan bawah 5 (kekuatan otot normal), dan

ekstremitas kiri bawah 4 (mampu melawan tahanan minimal, hal tersebut sesuai dengan tanda dan gejala mayor yang terdapat dalam diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu penurunan kekuatan otot, kelemahan,kekakuan sendi dan rentang gerak yang terbatas.

Oleh karena itu, dilakukan intervensi latihan rentang gerak salah satunya terapi ROM aktif (*Range Of Motion*) dengan media cermin untuk membantu melatih pergerakan anggota tubuh yang mengalami hemiparesis dengan harapan dapat membantu dalam meningkatkan kekuatan otot pada Tn. A. Pemberian terapi ROM aktif (*Range Of Motion*) dengan media cermin pada Tn.A dilakukan sebanyak 2 kali dalam sehari yaitu pagi dan sore hari dengan waktu pelaksanaan terapi 10-15 menit selama 4 hari dan didapatkan hasil yang sesuai dengan yang diharapkan yaitu klien mengalami peningkatan kekuatan otot setelah diberikan terapi ROM aktif (*Range Of Motion*) dengan media cermin.

2. Hasil Observasi Penerapan Terapi ROM Aktif (*Range Of Motion*) Dengan Media Cermin

Hasil dari pengamatan kekuatan otot pada Tn. A sebelum dan sesudah diberikan terapi ROM aktif (*Range Of Motion*) dengan media cermin, dengan prosedur tindakan yaitu pasien dalam keadaan duduk dan cermin sebagai media di tempatkan pada posisi tengah dengan posisi cermin menghadap pada tangan yang normal agar pasien dapat melihat pantulan gerakan dari ekstremitas yang normal pada cermin, sehingga ekstremitas

yang mengalami hemiparesis bisa mengikuti gerakan. Hasil dari pengamatan kekuatan otot dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.9 Hasil Observasi Terapi ROM aktif dengan media cermin

Hari/Tanggal	Pengamatan	Kekuatan Otot	
		Sebelum Intervensi	Sesudah Intervensi
Hari 1 Rabu 29 Mei 2024	Peningkatan kekuatan otot	Pagi :	Pagi :
		$\begin{array}{c c} 5 & 3 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$	$\begin{array}{c c} 5 & 3 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$
Hari 2 Kamis 30 Mei 2024	Peningkatan kekuatan otot	Pagi :	Pagi :
		$\begin{array}{c c} 5 & 3 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$	$\begin{array}{c c} 5 & 3 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$
Hari 3 Jumat 31 Mei 2024	Peningkatan kekuatan otot	Pagi :	Pagi :
		$\begin{array}{c c} 5 & 4 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	$\begin{array}{c c} 5 & 4 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$

		Sore : $\begin{array}{ c c } \hline 5 & 4 \\ \hline 5 & 5 \\ \hline \end{array}$	Sore : $\begin{array}{ c c } \hline 5 & 4 \\ \hline 5 & 5 \\ \hline \end{array}$
Hari 4 Sabtu 1 Juni 2024	Peningkatan kekuatan otot	Pagi : $\begin{array}{ c c } \hline 5 & 4 \\ \hline 5 & 5 \\ \hline \end{array}$ Sore : $\begin{array}{ c c } \hline 5 & 4 \\ \hline 5 & 5 \\ \hline \end{array}$	Pagi : $\begin{array}{ c c } \hline 5 & 4 \\ \hline 5 & 5 \\ \hline \end{array}$ Sore : $\begin{array}{ c c } \hline 5 & 4 \\ \hline 5 & 5 \\ \hline \end{array}$

Pada hari pertama, Rabu 29 Mei 2024 pukul 10.00 dilakukan pengukuran kekuatan otot sebelum dilakukan intervensi dengan hasil ekstremitas kanan atas 5, ekstremitas kanan bawah 5, ekstremitas kiri atas 3, dan ekstremitas kiri bawah 4, dan setelah dilakukan terapi ROM aktif

(Range Of Motion) dengan media cermin dilanjutkan dengan pengukuran kembali kekuatan otot pada klien dengan skala hasil yang sama sebelum dilakukan intervensi yaitu 5534, dilanjutkan pemberian intervensi pada sore hari pukul 16.00 dilakukan pengukuran kekuatan otot sebelum pemberian intervensi dengan skala hasil 5534, kemudian dilanjutkan pengukuran kekuatan otot kembali setelah diberikan intervensi dengan hasil 5534. Pada hari kedua, Kamis 30 Mei 2024 pukul 10.00 kembali dilakukan pengukuran kekuatan otot sebelum diberikan intervensi dengan hasil 5534, dan sesudah diberikan intervensi pengukuran kekuatan otot diperoleh hasil 5534, lalu pada sore hari pukul 16.00 dilakukan kembali pengukuran kekuatan otot sebelum diberikan intervensi dengan hasil 5534, dan setelah diberikan intervensi kekuatan otot kembali diukur dengan skala hasil 5534. Selanjutnya pada hari ketiga, Jumat 31 Mei 2024 pukul 10.00 dilakukan pengukuran kekuatan otot sebelum diberikan intervensi dengan hasil 5545, kemudian setelah diberikan intervensi dilakukan pengukuran kekuatan otot kembali dengan hasil 5545, lalu pada sore hari pukul 16.00 dilakukan pengukuran kekuatan otot sebelum diberikan intervensi dengan hasil 5545 dan setelah diberikan intervensi kembali dilakukan pengukuran kekuatan otot dengan hasil 5545, namun pada hari setelah diberikan terapi pada sore hari pasien Tn. A diperbolehkan untuk kembali ke rumah, sehingga peneliti melanjutkan intervensi satu hari di rumah pasien. Kemudian pada hari keempat di rumah klien, Sabtu 1 Juni 2024 pukul 10.00 sebelum pemberian intervensi dilakukan pengukuran kekuatan otot dengan hasil 5545, dan setelah diberikan intervensi didapatkan hasil pengukuran kekuatan otot

5545, selanjutnya pada sore hari di rumah klien pukul 16.00 sebelum dilakukan intervensi didapatkan hasil pengukuran kekuatan otot yaitu 5545 dan setelah diberikan intervensi dilanjutkan dengan evaluasi skala kekuatan otot pada klien yaitu 5545.

Selain dari pemberian terapi ROM Aktif dengan media cermin yang diberikan kepada Tn.A, faktor lain yang memengaruhi dan mempercepat peningkatan kekuatan otot pada Tn.A yaitu salah satunya karena Tn.A juga rutin melakukan gerakan-gerakan atau latihan-latihan kecil yang dianjurkan oleh dokter pada ekstremitas yang mengalami hemiparesis dan dilakukan pada saat waktu senggang pasien. Sehingga selain dari terapi ROM aktif dengan media cermin yang diberikan pada pasien, Tn.A juga melakukan latihan secara mandiri untuk membantu dalam meningkatkan kekuatan ototnya.

B. Pembahasan

Stroke non hemoragik merupakan penyakit yang terjadi akibat dari sumbatan yang disebabkan karena bekuan (trombus) yang terjadi di dalam pembuluh otak. Stroke mengakibatkan penderita mengalami penurunan kekuatan otot akibat arteri yang menuju pada otak mengalami penyempitan sehingga otak tidak mendapatkan suplai oksigen secara cukup sehingga menyebabkan penderita stroke non hemoragik mengalami gangguan mobilisasi (Syaridwan, 2019).

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai pemberian terapi terhadap peningkatan kekuatan otot pada Tn.A yang mengalami Stroke non hemoragik di RSUD Kota Kendari selama 4 hari

dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Pada pasien Tn.A, penyebab terjadinya stroke non hemoragik karena mempunyai riwayat hipertensi yang dialami sejak tahun 2018, hal ini sesuai dengan hasil penelitian dari Dabalok,R pada tahun 2022 yang menyatakan bahwa penyebab utama stroke adalah hipertensi, yang menyebabkan sel-sel endotel pembuluh darah rusak dan merusak rongga pembuluh darah, yang menyebabkan trombosis dan akhirnya aterosklerosis, yang mengakibatkan menyempitnya pembuluh darah dan mengurangi suplai darah ke otak, sehingga menyebabkan kerusakan neuron di sistem saraf pusat. Selanjutnya, stroke menyebabkan kehilangan fungsi motorik dan sensorik, karena dapat menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah, yang dapat menyebabkan penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah. Plak di dalam pembuluh darah dapat menyebabkan aliran darah menurun dan tersumbat, yang dapat menyebabkan pembuluh darah yang lebih kecil tersumbat, yang dapat mengganggu jantung dan otak, Dalam situasi tertentu, tekanan darah systole dan diastole yang sering meningkat dapat menyebabkan pembentukan hialin pada lapisan intima pembuluh darah serebral. Hal ini menyebabkan diameter pembuluh darah tetap statis, tidak dapat berdilatasi atau berkonstriksi dengan tekanan darah istemik. Tekanan pada dinding kapiler akan meningkat saat tekanan darah meningkat. Ini dapat menyebabkan hiperemia, edema serebral, dan perdarahan otak (Dabalok,R et al.,2022).

Tanda dan gejala yang muncul pada Tn.A berdasarkan dari hasil pengkajian yaitu klien mengalami kelemahan pada salah satu sisi bagian

tubuh, klien mengatakan sulit untuk bergerak dan terjadinya penurunan kekuatan otot pada klien. Sejalan dengan penelitian oleh Zuliawati tahun 2023 yang menyatakan bahwa Sebagian besar pasien stroke non hemoragik akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas yang menyebabkan penurunan kekuatan otot dan sendi yang dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan pada pasien sehingga dapat mengakibatkan aktivitas pasien tidak adekuat, selain itu akibat dari penurunan kekuatan otot karena kerusakan korteks motorik bisa menimbulkan kelumpuhan hingga kecacatan pada ekstremitas (Zuliawati et al.,2023).

Untuk mengatasi masalah kelemahan bagian tubuh sebelah kiri pasien (hemiparesis sinistra) pada Tn.A, maka peneliti memberikan intervensi yaitu latihan rentang gerak dengan Terapi ROM aktif (*Range Of Motion*) Dengan Media Cermin, karena berdasarkan dari penelitian oleh Thalib tahun 2021 bahwa Latihan rentang gerak ROM aktif (*Range Of Motion*) dengan media cermin adalah bentuk latihan yang melatih imajinasi motorik pasien dengan stroke non hemoragik dimana cermin sebagai pemberi media yang akan menimbulkan stimulasi visual pada otak yaitu pada saraf motorik serebral ipsilateral atau kontralateral untuk melakukan pergerakan pada anggota gerak yang hemiparesis memalui pergerakan anggota gerak yang sehat dan akan ditiru oleh tangan yang mengalami hemiparesis (Thalib, 2021).

Latihan ROM dengan media cermin juga dapat memberikan input visual yang dihasilkan dari gerakan normal pada ekstremitas yang paresis, respons terhadap gerakan bukan hanya memodulasi eksitabilitas pada korteks

motorik saja, tetapi juga pada representasi korteks somatosensory, karena seperti yang diketahui bahwa dengan melihat stimulus pada cermin bisa menyebabkan respons sensasi terhadap anggota gerak atau ekstremitas yang lain. Seperti pada penelitian Istianah pada tahun 2020 mengatakan neurofisiologis menunjukkan bahwa mengimajinasikan gerakan melibatkan jalur neural, yaitu keterlibatan sistem saraf cermin pada bagian premotor dalam melakukan gerakan. (Istianah et al., 2020).

Pada kasus Tn. A Terapi ROM aktif (*Range Of Motion*) dengan media cermin yang dilakukan sebanyak 2 kali dalam sehari pagi dan sore hari selama 4 hari berturut-turut dalam waktu 10-15 menit didapatkan hasil skala kekuatan otot pada Tn. A sebelum diberikan terapi yaitu pada ekstremitas atas kiri skala 3 menjadi skala 4, dan pada ekstremitas bawah kiri dengan skala dari 4 sebelum diberikan intervensi menjadi skala 5 setelah dilakukan intervensi selama 4 hari.

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Siti Nur Azizah dan Monika Wulan SR pada tahun 2023 bahwa pemberian terapi ROM dengan media cermin selama 4 hari berturut-turut mampu dan efektif dalam membantu peningkatan kekuatan otot pada pasien yang mengalami hemiparesis dari skala kekuatan otot sebelum diberikan terapi yaitu dari skala 3 menjadi skala 4 setelah diberikan terapi selama 4 hari (Azizah, 2023).

Evaluasi dari tindakan yang telah diberikan pada Tn. A sebelum dan sesudah diberikan intervensi, didapatkan hasil yaitu setelah diberikan intervensi terapi ROM aktif (*Range Of Motion*) Dengan Media Cermin mengalami peningkatan kekuatan otot, dari skala 3 menjadi 4, dan dari skala

4 menjadi 5. Hal ini sesuai dengan bahwa latihan ROM adalah latihan yang dapat meningkatkan dan memelihara fleksibilitas sendi, kekuatan otot dan luas gerak sendi, karena ketika otot terus berkontraksi saat melakukan terapi maka akan meningkatkan massa dan tonus otot sehingga memperkecil resiko terjadinya hambatan dalam bergerak hingga kecacatan. ROM juga dapat merangsang neuron dan muskuler. Rangsangan melalui neuromuskuler akan merangsang serat saraf otot ekstremitas, terutama saraf parasimpatis. Saraf ini merangsang produksi asetilcholin, yang menyebabkan kontraksi otot. Mekanisme yang terlibat dalam muskulus terutama otot polos ekstremitas meningkatkan metabolisme pada mitokondria, yang menghasilkan adenosin triphosphat (ATP). ATP digunakan oleh otot ekstremitas untuk berkontraksi dan meningkatkan tonus (Hidayah et al.,2022).

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam pelaksanaan studi kasus ini peneliti menemukan beberapa hambatan sehingga menjadi keterbatasan dalam penyusunan studi kasus ini, hambatan dapat berasal dari peneliti sendiri maupun dari pasien, hambatan dari peneliti yaitu karena keterbatasan waktu dan hambatan yang berasal dari pasien, yaitu pasien kurang mampu untuk memahami dan mengingat variasi dari gerakan-gerakan ROM aktif yang terdiri dari beberapa macam gerakan.