

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Hemoragik**

##### **1. Definisi stroke hemoragik**

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang dikarenakan kematian jaringan otak (infark serebral) penyebabnya yaitu kekurangan aliran darah dan oksigen ke otak karena adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah. (Ratna, 2011). Stroke hemoragik merupakan pembuluh darah yang pecah sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk kedalam suatu daerah di otak dan merusaknya yang ditandai dengan gejala peningkatan tekanan darah tinggi, bradikardia, wajah keunguan, sianosis, dan pernafasan mengorok (Batticaca B Fransisca, 2011).

##### **2. Etiologi stroke hemoragik**

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yakni, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi, kontraktur, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, gangguan kognitif, gangguan sensoripersepsi. Salah satu kondisi klinis yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik adalah stroke.

Penyebab stroke dapat dibagi tiga, yaitu :

###### **a. Thrombosis serebri**

Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan para ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan local dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis.

b. Emboli serebri

Emboli serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung.

c. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi di luar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural) (Wijaya & Putri, 2013).

### 3. Klasifikasi stroke

Klasifikasi stroke dapat dibedakan menurut patologi dan gejala kliniknya, yaitu :

- a. Stroke hemoragik, serangan penyakit ini terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktivitas fisik, namun bisa juga terjadi saat beristirahat atau karena psikologis (Batticaca B Fransisca, 2011), disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Kesadaran pasien pada umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi dua, yaitu :
  - 1) Perdarahan intraserebral : pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, sehingga membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak (Wijaya & Putri, 2013)
  - 2) Perdarahan subarachoid : perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak.

- b. Stroke non hemoragik, serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari, tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder, kesadaran umumnya baik (Wijaya & Putri, 2013).

#### **4. Patofisiologi stroke**

Otak sangat tergantung dengan oksigen dan tidak memiliki cadangan oksigen, jika aliran darah terhambat karena thrombus dan embolus, maka mengakibatkan kekurangan oksigen ke otak. Kekurangan oksigen selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran, selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu lama dapat mengakibatkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen awalnya mungkin akibat iskemia atau hipoksia, stroke dapat mengakibatkan bekuan darah, udara, plaque, atheroma fragment lemak. Jika etiologi stroke adalah hemoragik maka faktor utama adalah hipertensi. Ada dominan stroke meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intracranial dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena.

#### **5. Tanda dan gejala stroke hemoragik**

Gejala pada pasien stroke :

- a. Kehilangan motorik

Stroke merupakan penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik.

- b. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi, misalnya kesulitan berbicara ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

- c. Gangguan persepsi

## **6. Komplikasi penyakit stroke hemoragik**

Menurut (Ratna, 2011) komplikasi dari stroke hemoragik adalah :

- a. Gangguan otak yang berat
- b. Kematian bila tidak dapat mengontrol respon pernapasan atau kardiovaskular.
- c. Komplikasi dari pasien stroke yang lainnya yaitu : Infrak Serebri, Hidrosepalus Yang Sebagian Kecil Menjadi Hidrosephalus Normotensif, Fistula Caroticocavernosum, Epistaksis, Peningkatan TIK, Tonus Otot Abnormal, Gangguan Otak Berat.

## **7. Definisi gangguan mobilitas fisik**

Gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam pergerakan fisik dari satu ekstremitas atau lebih secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Perubahan tingkat mobilitas fisik dapat menyebabkan instruksi pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, pembatasan gerak fisik selama penggunaan alat bantu eksternal, pembatasan gerakan volunter, atau kehilangan fungsi motorik. Dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan.

## **8. Penyebab gangguan mobilitas fisik**

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yaitu: kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskular, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripresepsi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

## **9. Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik**

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), gejala dan tanda pada gangguan mobilitas fisik terdiri dari dua bagian, yakni :

### **a. Gejala dan Tanda Mayor**

Gejala dan tanda mayor secara subjektif yakni mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, sedangkan secara objektif adalah kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun.

### **b. Gejala dan Tanda Minor**

Gejala dan tanda minor secara subjektif yakni nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan secara objektif adalah sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

## **10. Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik**

Gangguan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien SH diakibatkan oleh terjadinya gangguan neuromuskular yang bergantung pada lokasi lesi (pembuluh

darah mana yang tersumbat), ukuran area perfusinya yang tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Hal ini menyebabkan terjadinya infark pada otak yang akan mempengaruhi kontrol motorik karena neuron dan jalur medial atau ventral berperan dalam kontrol otot-otot. Disfungsi motorik mengakibatkan terjadinya keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga menimbulkan gangguan mobilitas fisik (Lingga, 2013).

## **B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian adalah proses pengumpulan semua data dari klien (atau keluarga/kelompok/komunitas), proses mengolahnya menjadi informasi, dan kemudian mengatur informasi yang bermakna dalam kategori pengetahuan, yang dikenal sebagai diagnosis keperawatan. Ada dua jenis pengkajian: pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Keduanya membutuhkan pengumpulan data, keduanya mempunyai tujuan yang berbeda. Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan data, dan mungkin yang mudah untuk diselesaikan (Tarwoto&Wartonah, 2015). Pada klien dengan gangguan mobilitas fisik dalam kategori fisiologis dengan subkategori aktivitas dan istirahat, perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang tercantum. Gejala dan tanda mayor secara subjektif yakni mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, sedangkan secara objektif adalah kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan tanda minor secara subjektif yakni nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan secara objektif adalah sendi kaku, gerakan tidak

terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tabel 1

Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik berdasarkan SDKI

<b>Tanda dan gejala mayor</b>	<b>Tanda dan gejala minor</b>
Subjektif	Subjektif
Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	Nyeri saat bergerak Engan melakukan pergerakan Merasa cemas saat bergerak
Objektif	Objektif
Kekuatan otot menurun	Sendi kaku
Rentang gerak (ROM) menurun	Gerakan tidak terkoordinasi Gerakan terbatas Fisik lemah

Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung potensial maupun actual yang dimana bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) dan indikator diagnostik. Masalah (*problem*) merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon pasien terhadap kondisi

kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas deskriptor atau penjelas dan fokus diagnostik.

Proses penegakan diagnosis atau mendiagnosis merupakan suatu proses sistematis yang terdiri dari tiga tahap yaitu, analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis. Analisis data dilakukan dengan membandingkan data dengan nilai normal dan juga dengan mengelompokkan data yang artinya tanda/gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar. Selanjutnya adalah identifikasi masalah setelah data dianalisis, perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan. Terakhir yaitu perumusan diagnosis keperawatan yang disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan.

Masalah dalam diagnosis pasien stroke hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik menurut standar diagnosis Indonesia (SDKI) gangguan mobilitas fisik masuk kedalam kategori fisiologi dengan subkategori aktifitas dan istirahat. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dan gerak fisik dari satu atau lebih secara mandiri. Adapun penyebab (etiologi) yang menimbulkan terjadinya masalah gangguan mobilitas fisik yaitu adanya kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, indeks massa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keenganan melakukan pergerakan, gangguan sensori persepsi. Ditandai dengan 10 batasan karakteristik yang dibagi pada tanda gejala mayor dan



minor. Dimana pada tanda gejala mayor terdapat mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan tanda gejala minor terdapat kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

### **3. Perencanaan Keperawatan**

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) . Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Masing-masing komponen diuraikan sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) :

#### **a. Label**

Komponen ini merupakan nama dari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Label luaran keperawatan merupakan kondisi, perilaku, atau persepsi pasien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan. Label intervensi keperawatan terdiri atas beberapa kata (1 kata s.d 4 kata) yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai descriptor atau penjelas luaran keperawatan.

#### **b. Ekspektasi**

Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Ekspektasi menggambarkan seperti apa kondisi, perilaku, atau persepsi pasien akan berubah setelah diberikan intervensi keperawatan.

#### **c. Kriteria hasil**

Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Setiap intervensi keperawatan pada standar ini terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan, dengan uraian sebagai berikut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) :

1) Label

Komponen ini adalah nama dari intervensi keperawatan yang merupakan kata kunci agar memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan tersebut.

2) Definisi

Komponen ini merupakan penjelasan tentang makna dari label intervensi keperawatan.

3) Tindakan

Komponen ini adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat agar dapat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Tabel 2

Perencanaan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan  
Mobilitas Fisik

Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
(1)	(2)	(3)
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam Kemampuan dalam gerakan fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan Otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Kaku sendi menurun</li> <li>5. Gerakan terbatas menurun</li> <li>6. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Ambulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> <li>4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alatt bantu (mis. Tongkat, ktuk)</li> <li>5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> <li>6. Ajurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke</li> </ol>

		kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).
--	--	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam perencanaan perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri yaitu aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain, dan tindakan kolaborasi merupakan tindakan yang didasarkan hasil dari keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan yang lain (Tarwoto&Wartolah, 2015)

Implementasi keperawatan gangguan mobilitas fisik meliputi :

- a. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- b. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- c. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
- d. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)
- e. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- f. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- g. Menganjurkan melakukan ambulasi dini
- h. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto&Wartonah, 2015). Yang dimana evaluasi keperawatan ini dicatat dan disesuaikan dengan setiap diagnose keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose keperawatan meliputi data subjektif (S) dan objektif (O), Analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil Analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses. Semua dicatat pada formulir catatan perkembangan (*progress note*) (Dinarti dkk., 2013).

Evaluasi keperawatan untuk gangguan mobilitas fisik diuraikan dalam SOAP maka akan menjadi tanda mayor S (subjektif) : pergerakan ekstremitas meningkat, O (objektif) : kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat. Sedangkan tnda minor S (subjektif) : nyeri saat bergerak menurun, O (objektif) : sendi kaku menurun, S (subjektif) : enggan melakukan pergerakan menurun, O (objektif) : gerakan tidak terorganisasi menurun, S (subjektif) : merasa cemas saat bergerak menurun, O (objektif) : gerakan terbatas menurun, A (assessment) : tujuan tercapai, tujuan tercapai sebagian, dan tujuan tidak tercapai, P (planning).

Evaluasi ini berjalan secara kontinu dan dilakukan ketika atau segera setelah mengimplementasikan program keperawatan memungkinkan perawat untuk segera memodifikasi intervensi, hal ini bertujuan meningkatkan kemajuan kondisi klien untuk mencapai tujuan yang memungkinkan perawat memperbaiki

kekurangan dan memodifikasi rencana asuhan sesuai kebutuhan sampai klien mencapai tujuan kesehatan(Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011).

