

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Hemoragik

1. Konsep stroke

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) karena kematian jaringan otak (infark serebral) penyebabnya adalah berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah. Bila terkena stroke, dapat mengalami gangguan seperti hilangnya kesadaran, kelumpuhan serta tidak berfungsi panca indra/nafas berhenti berakibat fatal yaitu penderita akan meninggal. (Pudiastuti, 2011).

Stroke Hemoragik adalah Serangan terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang – ruang jaringan sel otak. Adanya darah yang menggenangi dan menutupi jaringan sel otak, akan menyebabkan kerusakan jaringan sel otak da ini menyebabkan kerusakan fungsi otak. Genangan darah bisa terjadi pada otak sekitar pembuluh darah yang pecah (intracerebral hemorage) atau dapat juga genangan darah masuk ke dalam ruang sekitar otak (subarachnoid hemorage). Dampak stroke sangat luas dan fatal, bahkan sampai kepada kematian. (Wardhana, 2011)

2. Etiologi pada pasien stroke

(Pudiastuti, 2011) Menurut Smeltzer Suzanne (2001 : 2131) stroke hemoragik disebabkan oleh :

a. Iskemia

Merupakan penurunan aliran darah ke otak

b. Thombrosis

Merupakan penyebab stroke paling utama, umumnya karena aterosklerosis, hipertensi juga merupakan suatu factor dasar yang penting, thrombus mengakibatkan oklusi lumen arteri dan menurunkan perfusi yang kemudian dapat menyebabkan iskemia dan infark

c. Embolisme Cerebral

Bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain

d. Hemoraggi Cerebral

3. Tanda dan gejala stroke hemoragik

Menurut (Pudiastuti, 2011) tanda dan gejala strok yang terjadi yaitu :

- a. Terasa semutan/ seperti terbakar
- b. Lumpuh separo kanan atau kiri
- c. Sulit untuk menelan
- d. Sering tersedak
- e. Mulut menjadi mengcong dan sulit untuk berbicara
- f. Berjalan susah, jalan terhuyung dan kehilangan keseimbangan
- g. Kepala pusing atau sakit kepala secara mendadak tanpa diketahuai sebabnya.
- h. Gangguan pengelihatatan
- i. Kelopakmata sulit dibuka
- j. Gerakan tidak terkontrol
- k. Bingung

1. Akhirnya menjadi koma

Gejala- gejala stroke biasanya terjadi dilokasi ditubuh :

- a. Batang otak, dimana terdapat 12 saraf kraniall : menurun kemampuan membau, mengecap, mendengar, dan melihat parsial atau keseluruhan, reflex menurun, ekspresi wajah terganggu, pernafasan dan detak jantung terganggu, lidah lemah.
- b. Bagian system saraf pusat : kelemahan otot (hemiplegia), kaku, menurunnya fungsi sesorik.
- c. Cerebral cortex : aphasia, apraxia, daya ingat menurun.

4. Manifestasi klinis pada pasien stroke

Menurut (Suddarth, 2015) Sroke merupakan berbagai deficit neurologic, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah koleteral (sekunder atau aksesoris). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

5. Komplikasi stroke hemoragik

Komplikasi dari pasien stroke yaitu : Infrak Serebri, Hidrosephalus yang sebagian kecil menjadi hidrosephalus normotensif, Fistula caroticocavernosum, Epistaksis, Peningkatan TIK, tonus otot Abnormal, Gangguan Orak Berat.

6. Gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik

a. Pengertian

Gangguan mobilitas fisik yaitu dimana keterbatasan dalam pergerakan fisik dari satu atau ekstermitas secara mandiri. (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016). Perubahan tingkat mobilitas fisik dapat menyebabkan pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, pembatasan gerak fisik selama penggunaan alat bantu eksternal yang dapat mengakibatkan kehilangan fungsi motorik. Dimana pasien stroke hemoragik hanya dapat berbaring ditempat tidur, tidak bisa melakukan aktifitas ringan maupun berat.

b. Penyebab gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yakni gangguan neuromuscular. Salah satu kondisi terkait dengan gangguan mobilitas fisik pada stroke. (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016).

c. Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik

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

1) Gejala dan tanda mayor

Gejala dari tanda mayor secara subjektif yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, sedangkan secara objektif yaitu kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

2) Gejala dan tanda minor

Gejala dari tanda minor secara subjektif yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan secara objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak berkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

d. Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik

Gangguan Mobilitas Fisik yang terjadi pada stroke hemoragik 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.

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 (Nanda, 2018).

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 PPNI, 2016)

Tabel 1
Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik berdasarkan SDKI

Tanda dan gejala mayor		Tanda dan gejala minor	
Subjektif		Subjektif	
Mengeluh ekstremitas	sulit menggerakkan	Nyeri saat bergerak	Enggan 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 PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan terdiri dari diagnosis keperawatan positif dan negatif. Diagnosis keperawatan positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut dengan diagnosis promosi kesehatan. Sedangkan diagnosis keperawatan negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami kesakitan. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko.

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 penjabar dan fokus diagnostic.

Proses penegakan diagnosis (*diagnostic process*) 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

diagnosis keperawatan. Metode penulisan pada diagnosis aktual terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda/gejala (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016).

Masalah (problem) dalam diagnosis pasien stroke hemoragik yaitu gangguan mobilitas fisik. Menurut standar diagnosis Indonesia (SDKI) gangguan mobilitas fisik masuk kedalam katagori fisiologi dengan subkatagori aktifitas dan istirahat. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam 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, penurunan kekuatan 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 presepsi. Ditandai dengan 10 batasan karakteristik yang dibagi pada tanda gejala mayor dan minor. Dimana pada tanda gejala mayor terdapat mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, 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 PPNI, 2016)

Pada penelitian ini diagnosis keperawatan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, gerakan terbatas.

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 sari 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. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2
Intervensi Keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik dengan
Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
1	2	3
gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, gerakan terbatas.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat Kriteria Hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (skala 5) 2. Kekuatan otot meningkat (skala 5) 3. Rentang gerak(ROM) meningkat (skala 5) 4. Nyeri menurun (skala 5)	Dukungan mobilisasi Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan - monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi - monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapiutik - fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada - libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi

1	2	3
	5. Keceamsan menurun (skala 5)	- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini
	6. Kaku sendi menurun (skala 5)	- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
	7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun (skala 5)	
	8. Gerakan terbatas menurun (skala 5)	
	9. Kelemahan fisik menurun (skala 5)	

(Sumber : PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). 2018

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi proses keperawatan merupakan rangkaian aktivitas keperawatan dari hari yang harus dilakukan dan didokumentasikan dengan cermat. Perawat melakukan pengawasan terhadap efektifitas intervensi yang dilakukan, bersamaan pula dengan menilai

perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Pada tahap ini, perawat harus melaksanakan tindakan keperawatan yang ada didalam rencana keperawatan dan langsung mencatatnya dalam format tindakan keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

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 keperawatan untuk gangguan mobilitas fisik diuraikan dalam SOAP maka akan menjadi tanda mayor S (subjektif) : pergerakan ekstermitas meningkat , O (objektif) : kekuatan otot meningkat , rentang gerak (ROM) meningkat . Sedangkan tanda 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) : masalah bisa teratasi bisa tidak. P (planning) : menyesuaikan dengan rencana keperawatan.