BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian

Stroke non hemoragik ialah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nuratif & Kusuma, 2015). Stroke non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri, 2013)

2. Penyebab

Stroke non hemoragik disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal, yang pertama adalah karena adanya penebalan pada dinding pembuluh darah yang disebut dengan *atheroschlerosis* dan bekuan darah yang bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah, yang dikenal dengan istilah *thrombus.*Yang kedua adalah tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari *thrombus* di jantung. *Thrombus* atau bekuan darah di jantung ini biasanya terjadi pada pasien yang terpasang katup jantung buatan, setelah serangan miokard akut, atau pasien dengan gangguan irama jantung berupa *febrilasi atrial*, yaitu irama jantng yang tidak teratur yang berasal dari serambi jantung (Mulyatsih & Arizia, 2008).

1. Masalah Keperawatan yang Timbul

Masalah keperawatan yang lazim muncul pada pasien stroke non hemoragik berdasarkan NANDA (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), yakni:

a. Gangguan menelan berhubungan dengan penurunan fungsi nerfus vagus atau hilangnya refluks muntah.
b. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nerfus hipoglosus.
c. Nyeri akut
d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gejala sisa stroke
f. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hemiparesis/ hemiplegia, penurunan mobilitas.
g. Resiko jatuh berhubungan denganpenurunan ketajaman penglihatan.
h. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial atau oral.
i. Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak.

B. Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Perubahan dalam tingkat mobilitas fisik dapat mengakibatkan instruksi pembatasan gerak

dalam bentuk tirah baring, pembatasan gerak fisik selama penggunaan alat bantu eksternal, pembatasan gerakan volunter, atau kehilangan fungsi motorik (Potter & Perry, 2010).

2. Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik

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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Gejala dan Tanda Gangguan Mobilitas Fisik

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.

2. Patofisiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien SNH diakibatkan oleh terjadinya defisit neurologis 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 venteral berperan dalam kontrol otot-otot. Disfungsi motorik mengakibatkan terjadinya keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu bagian dari komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha perawat dalam menggali permasalahan yang ada di pasien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan pasien yang dilakukan secara sistematis, menyeluruh atau komprehensif, akurat, singkat dan berlangsung secara berkesinambungan (Muttaqin, 2010). Pada klien dengan gangguan mobilitas fisik dalam kategori fisiologis dengan subkategori aktivitas dan istirahat, perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017). 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.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian kinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan pada pasien stroke non hemoragik salah satunya gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas,mengeluh nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah. Diagnosa keperawatan yang bisa ditegakkan dalam masalah aktivitas dan istirahat adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik termasuk dalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas dan istirahat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Intervensi Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan dirumuskan, selanjutnya perawat menyusun perencanaan yang merupakan sebuah langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut dapat diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013).

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik berdasarkan *Nursing Interventions Classification (NIC)* (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013) yakni :

a. Terapi latihan: ambulansi

1) Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi

Mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi bertujuan untuk mengetahui seberapa besar kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi. Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Mubarak, 2008). Mobilisasi dibagi menjadi dua yakni mobilisasi penuh dan mobilisasi sebagian. Mobilisasi Penuh yakni dapat bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi Sebagian yakni bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak dengan bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

2) Monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan dan melihat respon pasien saat latihan

Pemeriksaan tanda vital terdiri dari pemeriksaan : tekanan darah, frekuensi nadi, respirasi dan suhu. Rasionalnya pemeriksaan vital signs berguna dalam mendeteksi atau pemantauan masalah medis. Tekanan darah merupakan kekuatan darah mendorong dinding arteri. Setiap kali jantung berdetak memompa darah melalui arteri ke seluruh tubuh. tekanan darah normal seseorang dipengaruhi oleh usia, dan aktivitas fisik yang dilakukan. Karena itu pemeriksaan tekanan darah dilakukan ketika beristirahat paling tidak sekitar 15 menit setelah melakukan suatu aktifvitas fisik. Tekanan darah normal yaitu 120/80 MmHg, suhu tubuh normal dapat berkisar antara 36,5 derajat C - 37,2 derajat C , denyut nadi normal untuk orang dewasa sehat berkisar 60-100 denyut per menit. Denyut nadi

dapat meningkat dengan olahraga, penyakit, cedera, dan emosi. Tingkat Respirasi adalah jumlah pernapasan seseorang per menit. Ketika memeriksa pernapasan penting juga diperhatikan apakah seseorang memiliki kesulitan bernapas. Pernafasan normal untuk orang dewasa sehat antara 12-20 kali per menit. Selain itu dilakukan observasi terhadap respon pasien saat dilakukannya terapi.

3) Ajarkan teknik Ambulasi & perpindahan yang aman kepada klien dan keluarga

Ambulasi dini adalah tahapan kegiatan yang dilakukan segera pada pasien pasca operasi maupun stroke dimulai dari bangun dan duduk sampai pasien turun dari tempat tidur dan mulai berjalan dengan bantuan alat sesuai dengan kondisi pasien (Asmadi, 2008). Menurut Asmadi (2008) manfaat ambulasi adalah mencegah dampak immobilisasi. Jenis-jenis ambulansi yakni duduk diatas tempat tidur, duduk ditepi tempat tidur, memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi, membantu berjalan, memindahkan pasien dari tempat tidur ke brancard, melatih berjalan dengan menggunakan alat bantu jalan. Mengajarkan tenik ambulansi dan perpindahan yang aman kepada pasien dan keluarga dapat dilakukan dengan cara menjelaskan prosedur yang aman saat melakukan ambulansi, pemasangan pengaman kedua sisi tempat tidur.

4) Berikan alat bantu jika pasien membutuhkan

Saat melakukan mobilisasi jika pasien mengalami kesulitan atau membutuhkan bantuan dapat diberikan alat bantu untuk mempermudah pasien dalam melakukan mobilisasi. Alat-alat dalam pelaksanaan ambulansi yakni ada kruk, canes (tongkat), dan walkers. *Kruk* adalah alat yang terbuat dari logam atau

kayu dan digunakan permanen untuk meningkatkan mobilisasi serta untuk menopang tubuh dalam keseimbangan pasien. Misalnya: Conventional, Adjustable dan lofstrand. *Canes* (tongkat) yaitu alat yang terbuat dari kayu atau logam setinggi pinggang yang digunakan pada pasien dengan lengan yang mampu dan sehat. Meliputi tongkat berkaki panjang lurus (*single stight-legged*) dan tongkat berkaki segi empat (*quad cane*). *Walkers* yaitu alat yang terbuat dari logam mempunyai empat penyangga yang kokoh digunakan pada pasien yang mengalami kelemahan umum, lengan yang kuat dan mampu menopang tubuh.

5) Ajarkan pasien begaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan.

Mengajarkan pasien bagaimana cara untuk merubah posisi sesuai dengan prosedur yang aman dan membantu jika pasien mengalami kesulitan saat melakukan perubahan posisi.

b. Terapi Latihan : Mobilitas (pergerakan) sendi

1) Berikan latihan ROM

Latihan ROM adalah latihan yang dilakukan untuk memperbaiki atau mempertahankan tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2010). Selain itu, latihan ini juga sebagai salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada penderita stroke. Perinsip dasar latihan ROM yakni, ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, ROM di lakukan berlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien, dalam merencanakan program latihan

ROM, perhatikan umur pasien, diagnosa, tanda-tanda vital dan lamanya tirah baring, bagian-bagian tubuh yang dapat di lakukan latihan ROM adalah leher, jari,lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki, ROM dapat di lakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang di curigai mengalami proses penyakit, Melakukan ROM harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah di lakukan.

c. Bantuan perawatan diri : IADL

1) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan

Aktivitas sehari-hari (ADLs) merupakan salah satu bentuk latihan aktif pada seseorang termasuk didalamnya adalah makan/minum, mandi, toileting, berpakaian, mobilisasi tempat tidur, berpindah dan ambulasi/ROM. Pemenuhan terhadap ADLs ini dapat meningkatkan harga diri serta gambaran diri pada seseorang.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2010). Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya.

3. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2010). Evaluasi terhadap asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam dengan *Nursing Outcome Classification (NOC)* (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016):

a. Pergerakan sendi : aktif
b. Tingkat mobilitas
c. Perawatan diri : ADLs
d. Kemampuan berpindah

Kriteria hasil :

1. Peningkatan aktivitas fisik pasien
2. Pasien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
3. Pasien mampu memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
4. Mampu mempragakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker)