

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Stroke Non Hemoragik

1. Definisi Stroke Non Hemoragik

Penyakit Stroke Non Hemoragik terjadi ketika terjadi penyumbatan pada pembuluh darah sehingga menyebabkan aliran darah terhenti ke seluruh atau sebagian otak. Penyebab paling umum dari Stroke Non Hemoragik adalah aterosklerosis pada arteri darah otak kecil dan besar. Stroke Non-Hemoragik dapat menyebabkan penyumbatan arteri otak. Otak menerima darah dari dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Atheroma (lapisan lunak) dapat terbentuk di arteri karotis, sehingga mengurangi aliran darah. Masalah ini sangat penting karena setiap arteri karotis biasanya memasok darah ke otak dalam jumlah besar. Timbunan lemak juga dapat keluar dari arteri dan mengalir ke dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil (Isrofah dkk, 2023).

Menurut Saidah dkk, (2020) Stroke Iskemik, juga dikenal sebagai Stroke Non Hemoragik, adalah jenis stroke di mana aliran darah ke otak terhenti sebagian atau seluruhnya akibat pembekuan sirkulasi otak. Sekitar 80 – 85% kasus stroke dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, hal ini biasanya terjadi setelah istirahat lama, saat bangun tidur atau di pagi hari. Stroke ini tidak menyebabkan pendarahan, namun terjadinya iskemia yang menyebabkan hipoksia dan dapat timbul edema sekunder.

2. Etiologi Stroke Non Hemoragik

Sekitar 80 % Stroke merupakan Stroke Non Hemoragik. Stroke Non Hemoragik terjadi ketika pembuluh darah menyempit secara signifikan (iskemia). Etiologi Stroke Non Hemoragik berdasarkan klasifikasinya adalah sebagai berikut (Haryono dkk, 2019) :

a. Stroke trombotik

Stroke trombotik adalah Stroke yang terjadi ketika gumpalan darah (trombus) terbentuk di salah satu arteri yang memasok darah ke otak. Pengumpulan ini dapat disebabkan oleh timbunan lemak (plak) yang menumpuk di arteri dan menyebabkan berkurangnya aliran darah (aterosklerosis) atau kondisi arteri lainnya.

b. Stroke embolik

Stroke embolik adalah Stroke yang terjadi ketika gumpalan darah atau debris lainnya dapat menyebar dari otak dan tersapu melalui aliran darah. Jenis gumpalan darah ini disebut embolus. Stroke embolik dapat berkembang serta oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk dari luar otak. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta (Haryono dkk, 2019).

3. Tanda dan Gejala Stroke Non Hemoragik

Menurut Saidah dkk, (2020) Tanda dan Gejala Stroke Non Hemoragik yaitu :

a. Defisit Motorik

Berupa kerusakan mobilitas seperti hemiparisis (kelemahan) dan hemiplegi (kelumpuhan). Gangguan fungsi motorik ini terjadi akibat kerusakan pada neuron motorik atas (*upper motor neuron*) pada saluran pyramidal dan dapat menyebabkan hilangnya kendali Gerakan motorik volunter (akinesia). Gangguan

integrasi Gerak, keterbatasan tonus otot dan refleks otot. Hal ini dapat menyebabkan hiporefleksia, yang kemudian berkembang menjadi hiperrefleksia Gerakan motorik.

b. Defisit komunikasi

Afasia dan disfasia dapat terjadi setelah stroke, Afasia reseptif dapat disebabkan oleh kondisi neurologis yang berdampak pada wilayah Wernicke. Sedangkan afasia ekspresif disebabkan oleh wilayah Broca. Selain itu, pasien juga menderita disatria, yaitu kelainan pada otot bicara yang mengganggu kemampuan bicara dan menyebabkan masalah artikulasi dan pengucapan. Disfasia, sebaliknya, mengalami kesulitan menggunakan kata-kata. Dan apraxia, dimana pasien merasa tidak mampu melakukan perilaku yang diajarkan sebelumnya.

c. Kerusakan Afektif

Orang yang menderita stroke mungkin merasa kesulitan dalam mengelola emosinya. Depresi dan kadang-kadang frustrasi disebabkan oleh respons emosional yang berlebihan dan tidak menentu, perubahan suasana hati, dan kurangnya kapasitas untuk berfungsi.

d. Kerusakan fungsi intelektualitas

Penurunan kemampuan daya ingat/recall, kemampuan mengungkapkan pendapat. Hal ini disebabkan adanya kerusakan pada otak kiri dan kanan.

e. Gangguan persepsi dan sensori

Persepsi adalah kemampuan untuk menggambarkan atau menginterpretasikan sensasi secara visual. Masalah persepsi khusus dibagi menjadi empat kategori yaitu :

- 1) Pertama berkaitan dengan ketidak jelasan pasien tentang dirinya dan penyakitnya. Hal ini terkait dengan gangguan lobus parietal.
- 2) Persepsi pasien yang salah tentang tempat dan keadaan. Pasien mengabaikan infus dari sisi yang terkena. Hal ini diperburuk dengan *homonymous hemianopsia*, terjadinya kebutaan yang sama pada kedua mata.
- 3) Agnosia adalah ketidakmampuan pasien mengenali objek melalui pengeliatan, sentuhan atau pendengaran.
- 4) Apraksia adalah kemampuan pasien dalam mengikuti perintah Gerakan atau kemungkinan pasien tidak menyadari atau tidak sadar akan perubahan persepsi spasialnya.
- 5) Eliminasi Gangguan eliminasi pada penderita stroke dapat berupa urine dan feses. Hal ini disebabkan karena mobilitas, kelemahan otot abdomen, dehidrasi pada pasien stroke sehingga mengurangi reflek untuk defeksi (Saidah dkk, 2020).

4. Patofisiologi Stroke Non Hemoragik

Menurut Haryono dkk, (2019) Stroke Non Hemoragik atau Stroke penyumbatan disebabkan oleh okulasi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 detik akan memburuk. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan kerusakan jaringan saraf di sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Aliran darah ke otak juga dapat terganggu oleh penyumbatan emboli di area lain sistem peredaran darah, yang dapat terjadi di jaringan atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium, yang keluar dan masuk ke dalam sirkulasi otak.

Okulasi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 100cc/ 100g jaringan otak tiap menit. Daerah ini berisiko menjadi nekrosis daerah hitungan menit. Dalam hal ini, daerah penumbra merupakan daerah otak yang aliran darahnya terganggu namun masih lebih baik dibandingkan daerah inti karena daerah ini masih mendapat suplai perfusi dari pembuluh darah lain. Di daerah penumbra memiliki aliran darah 10 – 25cc/100g jaringan otak tiap menit. Daerah penumbra memiliki prognosis yang lebih baik dibandingkan dengan daerah inti. Dengan fisit neurologis dari Stroke Non Hemoragik tidak hanya bergantung pada luas daerah inti dan penumbra, tetapi juga pada kemampuan sumbatan menyebabkan kekakuan pembuluh darah atau vasospasme (Haryono dkk, 2019).

Kerusakan jaringan otak akibat okulasi atau penyumbatan aliran darah merupakan proses biomolecular yang berlangsung cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia (ischemic cascade). Jika peredaran darah terganggu, jaringan kekurangan oksigen dan glukosa yang merupakan sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membrane. Kurangnya energi ini menyebabkan kurangnya oksigen darah dan gula darah untuk melakukan metabolisme anaerob (Haryono dkk, 2019).

Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamat. Glutamat bekerja pada reseptor sel saraf (terutama reseptor NMDA/N – methyl – D – aspartame), untuk menghasilkan natrium dan kalsium. Masuknya natrium meningkatkan jumlah cairan intraseluler dan kemudia akhirnya menyebabkan pembengkakan jaringan. Masuknya kalsium merangsang pelepasan enzim

protolisis (protesa, lipase, nuklease) yang memecah protein, lemak, dan sel struktural. Masuknya kalsium juga dapat merusak mitokondria, organel terkait membrane yang mengatur metabolisme sel. Kegagalan ini pada akhirnya menyebabkan kematian sel - sel otak melalui nekrosis (Haryono dkk, 2019).

5. Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

Menurut Wijaya & Putri (2013) penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik dapat dibagi menjadi tiga kategori yaitu, penatalaksanaan Umum, penatalaksanaan medis, dan Penatalaksanaan khusus/komplikasi meliputi:

a. Penatalaksanaan Umum

- 1) Posisi kepala dan badan atas 20 – 30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi terhadap hemodinamik stabil
- 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1 – 2 liter/menit bila ada hasil gas merah
- 3) Kandung kemih yang perlu dikosongkan dengan kateter
- 4) Kontrol tekanan darah, dipertahankan normal
- 5) Suhu tubuh harus dipertahankan
- 6) Nutrisi per oral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pipi NGT
- 7) Mobilisasi dan rehabilitas dini jika tidak ada kontraindikasi

b. Penatalaksanaan Medis

- 1) Trombolitik (streptokinase)
- 2) Anti platelet / anti trombolitik (asetosol, ticlopidine, cilostazol, dipiridamol)
- 3) Antikoagulan (heparin)

- 4) Hemorrhagea (pentoxyfilin)
 - 5) Antagonis serotine (Noftidrofurly)
 - 6) Antagonis calcium (nomodipin, piracetam)
- c. Penatalaksana Khusus / Komplikasi
- 1) (antikonvulsan) Untuk mencegah dan mengatasi kejang
 - 2) Untuk mengatasi tekanan tinggi (misalnya dengan manitol, gliserol, furosemide, intubasi, dan steroid)
 - 3) Untuk proses pembedahan pada otak (kraniotomi)
 - 4) Faktor risiko yang memiliki efek obat anti hipertensi, obat anti hipergligemia, obat anti hiperurisemia.

B. Konsep Dasar Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien

Sroke Non Hemoragik

1. Pengertian gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam pergerakan fisik dari atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

2. Faktor penyebab gangguan mobilitas fisik

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI, (2017) faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik yaitu kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan masa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik,

kecemasan, gangguan kongnitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi (Isrofah dkk, 2023).

3. Data mayor dan minor

Gejala dan tanda mayor dan minor gangguan mobilitas fisik menurut (PPNI 2017).

Table 1
Gejala dan Tanda Mayor Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan Mobilitas Fisik			
Gejala dan Tanda Mayor			
Subjektif		Objektif	
1. Mengeluh menggerakan ekstremitas	sulit	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	
Gejala dan Tanda Minor			
Subjektif		Objektif	
1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak		1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	

Sumber : (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

4. Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik pada Stroke Non Hemoragik

Proses terjadinya Gangguan mobilitas fisik pada Stroke Non Hemoragik yaitu disebabkan oleh adanya sumbatan pada pembuluh darah ke otak. Sumbatan ini disebabkan karena adanya penebalan dinding pembuluh darah atau yang disebut dengan aterosklerosis. Ketidakefektifan jaringan yang disebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus menerus maka

jaringan tersebut akan mengalami infark. Kemudian dapat mengganggu system persyarafan yang ada ditubuh seperti : penurunan kontrol volunteer yang akan menyebabkan hemiparesis sehingga tubuh mengalami hambatan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik biasanya mengalami kesulitan menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak, sendi kaku, gerak terbatas, dan fisik menjadi lemah (Pramudia dkk, 2023).

5. Faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik terhadap Stroke Non Hemoragik

Menurut Saidah dkk, (2020) Ada dua kategori faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik terhadap Stroke yaitu :

- a. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi, yaitu tidak dapat di rubah baik dari segi gaya hidup maupun pengobatan, pola hidup, meliputi :
 - 1) Usia, faktor risiko Stroke yang paling tinggi. Semakin bertambahnya usia seseorang maka semakin mengalami kemunduran pada system vaskular sehingga beresiko terkena stroke semakin meningkat
 - 2) Jenis kelamin, Stroke lebih banyak menyerang laki – laki dibandingkan perempuan. Kecuali pada usia 35 – 44 tahun dan diatas 85 tahun lebih banyak diderita oleh perempuan.
 - 3) Ras atau etnis, penduduk kulit hitam mendapat serangan Stroke sekitar lebih tinggi dibandingkan kulit putih
 - 4) Riwayat keluarga, faktor genetik dan lingkungan dapat juga mempengaruhi terjadi Stroke. Misalnya salah satu orang tua (ayah atau ibu) yang terkena Stroke maka risiko terkenan stroke pada anak dapat meningkat.

b. Faktor yang dapat dimodifikasi, sebenarnya dapat dirubah dan dicegah dengan gaya hidup atau pola hidup seseorang, maupun pengobatan, meliputi :

- 1) Hipertensi, adalah penyebab utama terjadinya Stroke, baik iskemik maupun hemoragik. Hipertensi merupakan tekanan darah yang sangat tinggi dan dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah pada bagian otak. Pada pembuluh darah akan terjadinya penyempitan dan terganggunya vascular secebral. Dampaknya sel – sel otak akan mengalami kematian.
- 2) Penyakit kardiovaskular (penyakit jantung, khususnya fibrilasi atrium, suatu kondisi yang meningkatkan risiko stroke dan merupakan sumber emboli serebral).
- 3) Kolesterol tinggi, kolesterol low density lipoprotein yang tinggi merupakan risiko terjadinya Stroke iskemik. Kejadian Stroke meningkat dengan kadar kolesterol total di atas 240 mg/dl. Setiap kenaikan total 38,7 mg/dl, meningkat risiko Stroke sebanyak 25%
- 4) Obesitas dan kelebihan berat badan memiliki peningkatan risiko stroke sebesar 15%. Obesitas meningkatkan risiko penyakit jantung koroner, stroke emboli, dan perkembangan aterosclerosis.
- 5) Diabetes melitus, pada penderita diabetes melitus berisiko dua kali lipat terkena Stroke, karena menimbulkan perubahan pada system vaskuler dan mendorong terjadinya aterosclerosis.
- 6) Merokok juga dapat menyebabkan risikoterkena Stroke empat kali lipat. Merokok dapat menyebabkan peningkatan konsentrasi fibrogen dan akan mempermudah terjadinya penebalan dinding pada pembuluh darah dan

peningkatan viskositas darah. Serta dapat meningkatkan agregasi trombosit, dapat mengurangi kadar kolesterol (HDL) dan meningkatnya hematokrit.

7) Penyalahgunaan obat : kokain, amfetamin, epinefrin, dan adrenalin jika dikonsumsi tidak sesuai dengan aturan pemakaian dapat menyebabkan penyempitan diameter pembuluh darah di otak dan menimbulkan Stroke.

8) Konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah, menyebabkan pembekuan darah, dan menyebabkan aritmia kardis, sehingga meningkatkan risiko stroke (Saidah dkk, 2020).

C. Konsep Terapi Cermin (*Mirror Therapy*)

1. Definisi terapi cermin (*mirror therapy*)

Terapi cermin adalah jenis rehabilitasi yang menggunakan citra motorik. Menggunakan bagian tubuh yang sehat, cermin memberikan pengalaman visual pada tubuh yang mengalami masalah (Nursalam dkk, 2020). Menurut Colomer et al. (2016) Terapi cermin (MT) dapat membantu pasien stroke dengan disabilitas ringan hingga sedang dengan fungsi motorik individu kronisnya.

2. Mekanisme terapi cermin (*mirror therapy*)

Terapi cermin (*mirror therapy*) adalah pengobatan untuk sejumlah penyakit lain, termasuk gangguan motorik. Terapi ini didasarkan pada stimulasi visual dimana umpan balik visual diberikan kepada penderita menggunakan cermin yang akan memantulkan anggota tubuh yang tidak bisa bergerak agar membuat otak percaya bahwa apa yang dilihat penderita adalah anggota tubuh yang lumpuh atau tubuh yang lemah bergerak tanpa kesulitan. Prosedur unilateral dan bilateral ini telah dilaksanakan sejak diperkenalkannya terapi cermin (*mirror therapy*). Dalam prosedur unilateral, aktivitas hanya dilakukan

pada anggota tubuh yang tidak terpengaruhi atau tubuh yang tidak bisa digerakan. Dalam prosedur bilateral, individu mencoba untuk menggerakkan anggota tubuh yang terkena sebanyak mungkin untuk meniru gerakan yang dipantulkan dari anggota tubuh yang tidak terpengaruh. Ada banyak variasi yang berbeda dalam pengaturan dan prosedur *mirror therapy*, semua metode berfungsi untuk membantu pemulihan anggota tubuh yang terkena dengan merangsang daerah otak yang terkait dengan gerakan, sensai, dan rasa sakit (Jaafar et al. 2021).

Penatalaksana gangguan mobilitas fisik atau gangguan gerak yang sering muncul pada penderita stroke yang disebabkan karena melemahnya kekuatan otot dan keseimbangan tubuh. Masalah ini dapat dilakukan sedini mungkin ketika kondisi pasien membaik dengan cara mobilisasi atau rehabilitas. Salah satu intervensi tambahan atau rehabilitas motorik yaitu *mirror therapy* yang dapat dilakukan ditempat tidur, yang akan membantu korteks motorik pemulihan keseimbangan yang menghubungkan stimulus dengan cara mengamati gerakan. Mobilisasi atau rehabilitas ini membutuhkan waktu beberapa minggu ataupun lebih untuk mengembalikan kapasitas kerja penuh sebagaimana orang yang terkena stroke dengan *mirror therapy* (Thieme et al. 2018).

Latihan *mirror therapy* adalah bentuk rehabilitasi atau latihan yang mengandalkan dan melatih pembayangan atau imajinasi motorik pasien yang sifatnya menginduksi aktivasi saraf korteks sensori motorik (Guo et al. 2016), dimana cermin akan memberikan stimulasi visual kepada otak (saraf motorik serebral yaitu ipsilateral atau kontralateral untuk pergerakan anggota tubuh yang hemiparesis) melalui observasi dari pergerakan tubuh yang akan cenderung ditiru seperti pada cermin oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan. Seperti

beberapa area otak lobus oksipital, area diorsal frontal, dan corpus callosum. Latihan dengan menggunakan media cermin (*mirror therapy*), area yang aktif selama pelaksanaan percobaan ini adalah korteks prefrontal area pramotor korteks, korteks parietalis dan otak kecil yang merupakan area gerakan motorik sehingga stimulasi yang berulang menyebabkan peningkatan kekuatan otot dan mencegah kerusakan neuromuskular yang lebih berat dan mencegah penyebaran ke area lain (Kang et al. 2018).

Mirror therapy ini menggunakan indra pengelihatan paling bermakna untuk menghubungkan stimulus aferen, yang sangat berguna dalam merangsang kekuatan otot. Masalah gangguan mobilitas fisik ini dapat dicegah dengan metode rehabilitas motorik yang efektif yaitu *mirror therapy* dimana akan membantu memulihkan keseimbangan korteks motorik yang menghubungkan stimulasi dengan cara mengamati gerakan tujuannya untuk memulihkan kapasitas kerja penuh, pada Sebagian orang yang terkena Stoke Non Hemoragik dengan *mirror therapy* (Rosaline dkk, 2021). Hal ini juga mempengaruhi sistem saraf yaitu meningkatkan produksi adrenalin dan memberikan ransangan atau informasi ke otak melalui mekanisme yang tepat dan berulang dapat membantu proses neuroplastisitas (Aditya dkk, 2022). Terapi ini diberikan 2 kali sehari dengan waktu sesi pertama yaitu 10 menit dengan waktu istirahat 5 menit dan selanjutnya pada sesi kedua dilakukan secara paralel dengan waktu 10 menit dengan waktu 5 menit, yang meliputi lingkup gerak sendi, kecepatan, dan ketetapan gerak lebih baik (Suwaryo dkk, 2021).

3. Tujuan terapi cermin (*mirror therapy*)

Tujuan dilakukan terapi cermin (*mirror therapy*) terhadap pasien Stroke Non Hemoragik untuk mengatasi masalah penurunan kekuatan otot dan untuk meningkatkan kekuatan pada otot (Putri dkk, 2020). Menurut Simamora dkk, (2021) Tujuan penerapan *mirror therapy* adalah untuk meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak sendi pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan hemiparesis.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data – data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah – masalah, kebutuhan Kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Tujuan pengkajian adalah mengumpulkan, mengorganisasikan, dan mencatat data – data yang menjelaskan respon tubuh manusia yang diakibatkan oleh masalah Kesehatan. Pencatatan pengkajian keperawatan bertujuan mengidentifikasi kebutuhan unik klien dan respon klien terhadap masalah/diagnosis keperawatan yang akan mempengaruhi layanan keperawatan yang akan diberikan (Hardinata & Abdillah 2022).

Subkategori data ada 14 jenis yang harus dikaji meliputi, fisiologis, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas dan latihan, neurosensory, reproduksi atau seksualitas, psikologis, integritas ego, perilaku, penyuluhan dan pembelajaran, rasional, lingkungan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Menurut Wijaya & Putri, (2013) Pengkajian yang difokuskan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik yaitu :

1. Identitas

1) Identitas pasien (Pengkajian awal) meliputi : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, Pendidikan, alamat, agama, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor registrasi dan diagnose medis.

2) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab digunakan untuk mempermudah dan menjadi tanggu jawab pasien selama melakukan tindakan perawatan, dan mencakup, nama, Pendidikan, umur, pekerjaan, hubungan dengan keluarga.

2. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pada pasien Stroke Non Hemoragik keluhan utama yang muncul, pasien mengeluh kelemahan pada anggota gerak, sulit mengerjakan ekstremitas, dan tidak dapat berkomunikasi, gangguan sensori, nyeri kepala dan penurunan kesadaran.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat penyakit sekarang pada pasien saat ini meliputi alasan pasien yang menyebabkan terjadinya keluhan utama seperti, serangan Stroke Non Hemoragik yang seringkali terjadi secara mendadak pada pasien melakukan aktivitas. Gejala yang biasanya timbul secara mendadak nyeri pada kepala, kejang, mual muntal, sehingga mengalami kelumpuhan separuh badan maupun gangguan fungsi otak.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan Riwayat penyakit yang pernah diderita pasien, penyakit fisik maupun psikologik. Seperti penyakit adanya hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, Riwayat trauma kepala.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga yang menderita tekanan darah tinggi maupun diabetes.

3. Data fisiologis

Pasien dengan gangguan mobilitas fisik termasuk dalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas atau istirahat, dengan itu perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

4. Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan – keluhan pasien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis (Wijaya & Putri, 2013).

1) Pemeriksaan *head to toe*

1. Kepala

Inspeksi : Kesimetrisan wajah dan tengkorak, warna dan distribusi rambut pada kulit kepala

Palpasi : Keadaan rambut, tengkorak, kulit kepala, massa, pembengkakan dan nyeri tekan

2. Mata

Inspeksi : Bola mata , kelopak mata, konjungtiva, dan sklera, warna dan ukuran iris, reaksi pupil terhadap cahaya, gerak mata dan lapang pandang

Palpasi : Tekanan bola mata, dan nyeri tekan

c) Hidung dan Sinus

Inspeksi : Bentuk hidung, keadaan kulit, kesimetrisan rongga hidung

Palpasi : Mobilisasi septum

d) Telinga

Inspeksi : Telinga luar (bentuk, warna dan massa)

Palpasi : Jaringan lunak, jaringan keras, dan tragus

e) Leher

Inspeksi : Bentuk kulit (warna, pembengkakan, jaringan perut, massa) dan tiroid

Palpasi : kelenjar limfe, kelenjar tiroid dan trakea

f) Thorac dan Paru

Inspeksi : Kesimetrisan dan ekspansi paru, Irma pernapasan dan jenis pernapasan

Palpasi : Mengkaji keadaan kulit dinding dada, nyeri tekanan, peradangan, kesimetrisan ekspansi, dan taktil fremitus

Perkusi : untuk mengetahui keadaan paru paru – paru

Auskultasi : Untuk mengkaji aliran udara

g) Abdomen

Inspeksi : Bentuk dan umbilicus

Auskultasi : Mengkaji bisin usus (peristaltik 5-6x/m)

Perkusi : Untuk mendengar/mendeteksi cairan, gas atau massa di dalam abdomen, dan mengetahui posisi limpadan hepar

Palpasi : Untuk mengetahui bentuk, ukuran dan konsistensi organ serta struktur didalam abdomen

2) Pemeriksaan sistem motorik

a) Inspeksi umum

Lesi otak pada sisi berlawanan menyebabkan hemiplegia, atau kelumpuhan pada satu sisi. Indikasi lainnya adalah kelemahan atau hemiparesis pada salah satu sisi tubuh.

b) Tonus otot

Pemeriksa secara pasif menggerakkan tungkai bawah pada sendi lutut dan lengan bawah pada sendi siku, ekstensi dan fleksi, untuk menilai tonus otot. Ulangi secara perlahan pada awalnya, lalu secara akurat. resistensi yang dirasakan saat inspeksi ketika bagian komponen struktur dibengkokkan dan diluruskan. Jika tes menyebabkan kesulitan dalam menekuk dan meluruskan lengan dan kaki pada sendi siku dan lutut, mungkin terjadi peningkatan tonus otot.

c) Kekuatan otot

Kekuatan otot diukur dengan menggunakan skala 0 – 5

0: Tidak ada kontraksi otot

1: Otot – otonya sedikit bergerak, tetapi persendiannya tetap tidak bergerak

2: Gerakan ini tidak bisa melawan gravitasi

3: Dapat mengadakan gerakan melawan gaya yang berat

4: Disamping dapat melawan gaya yang berat, pasien dapat pula mengatasi sedikit tahanan yang diberikan

5: Ketahanan yang kuat terhadap gravitasi dan tidak adanya kelumpuhan (normal)

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang langsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan ditegakan berdasarkan penyebab, tanda dan gejala dimana tanda dan gejala tanda mayor dan minor ditemukan sekita 80% - 100% untuk validasi diagnosis. Tanda dan gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnose keperawatan.

Diagnosis Keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, fisik lemah.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis dan mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah. Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome)

yang diharapkan. Setelah menetapkan diagnosis keperawatan, selanjutnya Menyusun rencana tindakan keperawatan sebagai dasar pelaksanaan tindakan atau intervensi keperawatan (Hardinata & Abdillah 2022).

a. Tujuan dan kriteria hasil Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5)
- 2) Kekuatan otot meningkat (5)
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat (5)
- 4) Nyeri menurun (5)
- 5) Kecemasan menurun (5)
- 6) Kaku sendi menurun (5)
- 7) Gerak terbatas menurun (5)
- 8) Gerakan tidak koordinasi menurun (5)
- 9) Kelemahan fisik menurun (5)

b. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat digunakan pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik sesuai standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) yaitu intervensi utama dukungan ambulasi, dukungan mobilisasi dan intervensi tambahan yaitu teknik latihan penguatan otot, serta *mirror therapy* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1) Intervensi Utama

a) Dukungan ambulasi

(1) Observasi

- (a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - (b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
 - (c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
 - (d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
- (2) Terapeutik
- (a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)
 - (b) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu
 - (c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- (3) Edukasi
- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
 - (b) Anjurkan melakukan ambulasi dini
 - (c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi
- b) Dukungan mobilisasi
- (1) Observasi
- (a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - (b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - (c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi
 - (d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- (2) Terapeutik
- (a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
 - (b) Fasilitasi melakukan mobilisasi dini
 - (c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

- (3) Edukasi
 - (a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - (b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 - (c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (miss. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
- 1) Intervensi Tambahan
 - a) Teknik Latihan penguatan otot
- (1) Observasi
 - (a) Monitor efektivitas Latihan
- (2) Terapeutik
 - (a) Melakukan Latihan sesuai dengan program yang di tentukan
 - (b) Memfasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka Panjang yang realistis dalam menentukan rencana Latihan
 - (c) Berikan instruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk Gerakan untuk setiap Gerakan otot
- (3) Edukasi
 - (a) Mengajarkan tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah sesi Latihan (misal, kelemahan, kelelahan)
- (4) Kolaborasi
 - (a) Tetapkan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi, memfasilitasi pemecahan
 - (b) Kolaborasi dengan tim Kesehatan lain (missal, terapis aktivitas, ahli fisiologi, terapis fisik) dalam perencanaan pengajaran, dan memonitor program Latihan otot

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah proses melaksanakan rencana intervensi untuk mencapai tujuan tertentu. Setelah rencana intervensi dibuat dan dimasukkan dalam tatanan keperawatan untuk membantu klien dalam mencapai hasil yang diinginkan, fase implementasi dimulai. Pemenuhan kegiatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dikenal sebagai implementasi keperawatan. Selain mengumpulkan data secara terus menerus, kegiatan lain dalam pelaksanaannya antara lain memantau reaksi klien baik saat maupun setelah tindakan dilakukan, serta mengevaluasi data baru (Hardinata & Abdillah 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses penilaian klinis dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu pada penilaian, tahapan dan perbaikan, dalam evaluasi perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan ditetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima (Hardinata & Abdillah 2022). Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP yaitu : S (subjektif pernyataan atau keluhan dari pasien, O (Objektif, data yang diobservasi oleh perawat, A (Analisis, kesimpulan dari subjektif dan objektif), P (Planning, rencana tindakan yang diajarkan tindakan promotif dan ajarkan tindakan preventif atau tingkat kesehatan) (Purba 2019).