

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Stroke Non Hemoragik (SH)

1. Definisi

Stroke hemoragik atau disebut juga stroke berdarah terjadi ketika pembuluh darah yang lemah pecah dan berdarah ke dalam otak. Stroke Hemoragik adalah pembuluh darah di otak yang pecah sehingga mencegah aliran darah normal masuk ke dalam dan merusak bagian otak. (Hartati, 2020).

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah, sehingga menyebabkan darah di otak mengalir ke rongga sekitar jaringan otak. Seseorang yang menderita stroke hemoragik akan kehilangan kesadaran, karena kebutuhan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah ke otak tidak terpenuhi akibat pecahnya pembuluh darah. (Fabiana Meijon Fadul, 2019).

2. Etiologi

Pendarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan pada ruang subarachnoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat disebabkan oleh atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat menyebabkan tekanan, pergeseran serta pemisahan jaringan otak yang berdekatan

,sehingga otak akan membengkak,jaringan otak tertekan, sehingga akibatnya terjadi infark otak, pembengkakan dan kemungkinan herniasi otak. (Dwi, 2020).

Penyebab umum pada perdarahan otak yang sering terjadi:

- a. Aneurisma berry
- b. Aneurisma fusiformis, yang berasal dari adanya aterosklerosis
- c. Aneurisma mykotis, berasal dari vaskulitis dan emboliseptis
- d. Malformasi arteriovenous, terhubungnya arteri dengan vena tanpa adanya perantara kapiler
- e. Ruptur arteriol serebral, yang disebabkan karena hipertensi

3. Manifestasi Klinis

Gejala yang sering timbul pada stroke hemoragik menurut (Fabiana Meijon Fadul, 2019) yaitu:

- a. Kejang tanpa riwayat kejang sebelumnya
- b. Mual atau muntah
- c. Gangguan penglihatan
- d. Kelumpuhan pada wajah atau sebagian anggota tubuh (hemiparise)
- e. Kesulitan bicara
- f. Bicara cadel atau pelo
- g. Kesulitan menelan. Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan saraf kranial IX.
- h. Penurunan kesadaran

- i. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala terjadi karena meningkatnya tekanan intrakranial, edema serebri.

4. Patofisiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai ekstrasvasi darah ke parenkim otak akibat penyebab nontraumatis. Stroke perdarahan sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah. Penyebab kelemahan pembuluh darah tersering pada stroke adalah aneurisma dan malformasi arteriovenous (AVM). Ekstrasvasi darah ke parenkim otak ini berpotensi merusak jaringan sekitar melalui kompresi jaringan akibat dari perluasan hematoma. Faktor predisposisi dari stroke hemoragik yang sering terjadi adalah peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah adalah salah satu faktor hemodinamika kronis yang menyebabkan pembuluh darah mengalami perubahan struktur atau kerusakan vaskular. Perubahan struktur yang terjadi meliputi lapisan elastik eksternal dan lapisan adventisia yang membuat pembuluh darah mendadak dapat membuat pembuluh darah pecah.

Ekstrasvasi darah ke parenkim otak bagian dalam berlangsung selama beberapa jam dan jika jumlahnya besar akan memengaruhi jaringan sekitarnya melalui peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan tersebut dapat menyebabkan hilangnya suplai darah ke jaringan yang terkena dan pada akhirnya dapat menghasilkan infark, selain itu, darah yang keluar selama ekstrasvasi memiliki efek toksik pada jaringan

otak sehingga menyebabkan peradangan jaringan otak. Peradangan jaringan otak ini berkontribusi terhadap cedera otak sekunder setelahnya. Proses dan onset yang cepat pada stroke perdarahan yang cepat, penanganan yang cepat dan menjadi hal yang penting (Haryono & Sari Utami, 2019)

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah didalam otak sehingga darah menutupi atau menggenangi ruang-ruang pada jaringan sel otak, dengan adanya darah yang menggenangi dan menutupi ruang-ruang pada jaringan sel otak tersebut maka akan menyebabkan kerusakan jaringan sel otak dan menyebabkan fungsi kontrol pada otak. Genangan darah bisa terjadi pada otak sekitar pembuluh darah yang pecah (intracerebral hemoragie) atau juga dapat terjadi genangan darah masuk kedalam ruang disekitar otak (subarachnoid hemoragik) dan bila terjadi stroke bisa sangat luas dan fatal dan bahkan sampai berujung kematian. Biasanya keadaan yang sering terjadi adalah kerapuhan karena mengerasnya dinding pembuluh darah akibat tertimbun plak atau arteriosclerosis bisa akan lebih parah lagi apabila disertai dengan gejala tekanan darah tinggi (Setiawan, 2021).

5. Penatalaksanaan

Menurut Unnithan & Mehta (2021), penatalaksanaan stroke hemoragik diantaranya adalah :

a. Manajemen Tekanan Darah

Tekanan darah harus di turunkan secara bertahap hingga 150/90mmHg, menggunakan beta - blocker (labetalol, esmolol), ACE inhibitor (enalapril), antagonis kalsium (nicardipine) atau hydralazine.

b. Manajemen Peningkatan Intrakranial (TIK)

Penatalaksanaan awal yang di lakukan untuk memanajemen peningkatan tekanan intrakranial adalah meninggikan kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan agen osmotik (manitol, salin hipertonik). Manitol 20% diberikan dengan dosis 1,0 hingga 1,5 g/kg.

c. Terapi Hemostatik

Terapi hemostatik diberikan untuk mengurangi perkembangan hematoma. Ini sangat penting untuk mengembalikan gangguan atau pembekuan darah pada pasien yang menggunakan antikoagulan.

d. Terapi Antiepilepsi

Sekitar 3 sampai 17% penderita stroke hemoragik akan mengalami kejang dalam dua minggu pertama, dan 30% pasien akan menunjukkan aktivitas kejang listrik pada pemantauan electroencephalogram (EEG). Mereka yang mengalami kejang klinis atau kejang elektrografik harus diobati dengan obat antiepilepsi.

- e. Pembedahan Berbagai jenis penatalaksanaan bedah pada stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi endoskopik dan aspirasi kateterisasi.
- f. Penatalaksanaan umum Penatalaksanaan medis yang baik, asuhan keperawatan, dan rehabilitasi juga sangat penting dalam manajemen stroke hemoragik untuk mengurangi kecacatan pada penderita stroke hemoragik.

B. Asuhan Keperawatan

1. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

a. Pengertian

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). 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. Dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (Potter & Perry, 2015).

b. Etiologi

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yakni gangguan neuromuscular. Salah satu kondisi terkait dengan gangguan mobilitas fisik adalah stroke (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gangguan neuromuscular merupakan kondisi progresif yang dikarakteristikan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga menimbulkan ketidakmampuan sistem saraf dan otot untuk bekerja sebagaimana mestinya (Sari *et al.*, 2015).

c. Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik

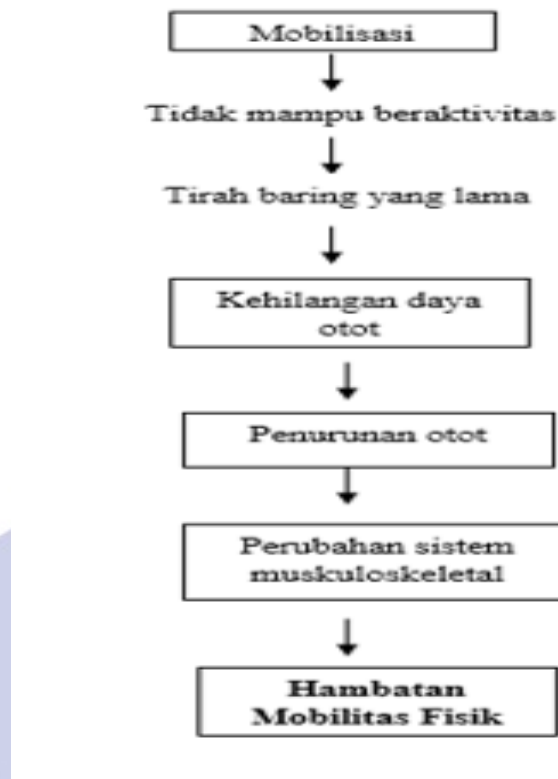
Data mayor dan data minor pada gangguan mobilitas fisik, yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Mayor dan Minor

Data	Mayor	Minor
Subjektif	Mengeluh sulit menggerakkan ekstremita	1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak
Objektif	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

d. Pathways



e. Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik yaitu, (Adha, 2017) :

1) Pengaturan Posisi Tubuh sesuai Kebutuhan Pasien

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas dapat disesuaikan dengan tingkat gangguan, seperti posisi fowler, sim, trendelenburg, dorsal recumbent, lithotomi, dan genu pectoral.

2) Latihan ROM pasif dan aktif

Pasien yang gangguan mobilitas fisik karena stroke non hemoragik memerlukan latihan ROM. Latihan berikut

dilakukan untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot, yaitu :

- a) Fleksi dan ekstensi
 - b) Supinasi dan pronasi
 - c) Pronasi fleksi
 - d) Abduksi dan Adduksi
 - e) Rotasi
- 3) Terapi cermin.

Terapi cermin untuk pasien pasca penderita stroke dapat membantu meningkatkan pergerakan tangan, menjadikan teknik rehabilitas stroke yang sangat baik. Insan pasca stroke dapat berlatih terapi cermin dengan mudah. Kemudian, mulailah melakukan latihan terapi tangan pada tangan yang sehat, sambil melihat pantulan cermin. Hal ini akan mengaktifkan neuron cermin di korteks premotor, bagian otak yang bertanggung jawab untuk melakukan gerakan

- 4) Latihan ambulansi
- a) Duduk di atas tempat tidur
 - b) Turun dari tempat tidur, berdiri, kemudian duduk di kursi roda
 - c) Membantu berjalan

2. Konsep *Mirror Therapy*

a. Definisi *Mirror Therapy*

Latihan *mirror therapy* adalah bentuk rehabilitasi latihan yang mengandalkan dan melatih pembayangan imajinasi motorik pasien dimana cermin akan memberikan stimulus visual kepada otak saraf motorik serebral yaitu ipsilateral atau kontralateral untuk pergerakan anggota tubuh yang hemiparese melalui observasi dari pergerakan tubuh yang akan cenderung ditiru seperti cermin oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan (Heriyanto & Anna, 2015).

Mirror therapy merupakan terapi untuk pasien stroke dengan melibatkan sistem mirror neuron yang terdapat di daerah kortek serebri yang bermanfaat dalam penyembuhan motorik dari tangan dan gerak mulut. Terapi ini bertujuan untuk memperbaiki status fungsional, mudah dilakukan dan hanya membutuhkan latihan yang singkat tanpa membebani pasien (Olivia, 2017).

b. Tujuan *Mirror Therapy*

Menurut penelitian (Anggi Pratiwi, 2017) tujuan terapi cermin yaitu

- 1) Meningkatkan fungsi motorik dan ADL
- 2) Mengurangi rasa sakit
- 3) Mengurangi gangguan sensorik

c. Manfaat *Mirror Therapy*

Menurut (Anggi Pratiwi, 2017) efek positif *mirror therapy* adalah:

- 1) Meningkatkan fungsi motor dan ADL
- 2) Mengurangi rasa sakit
- 3) Mengurangi kelalaian
- 4) Mengurangi gangguan sensorik

Pemberian terapi cermin pada stroke akut paling efektif diberikan dalam fase pemulihan enam sampai dua belas bulan pertama. Terapi cermin bertujuan untuk merangsang dan memperbaiki korteks premotor pada saat menjalani proses rehabilitasi. Korteks premotor memiliki sejumlah fitur yang menunjukkan bahwa itu merupakan penghubung dari gambar visual dicerminkan motor pada pasien setelah stroke. Neuron cermin akan menyala saat orang tersebut melihat orang lain melakukan gerakan yang sama. Cermin neuron harus melibatkan interaksi antara beberapa modalitas (penglihatan, perintah motorik, dan propriosepsi) yang menunjukkan bahwa mereka terlibat dalam peran terapi cermin pada penyakit *stroke*.

d. Indikasi

Menurut Pratiwi (2017) terapi cermin ini diberikan kepada

- 1) Penderita stroke yang mengalami gangguan kelemahan otot
- 2) Penderita stroke yang mengalami gangguan motorik

- 3) Penderita stroke yang menunjukkan kesulitan dalam menjalani aktifitas harian.

e. Prosedur *Mirror Therapy*

- 1) Persiapan Klien dan Alat

- a) Persiapan alat : Cermin 25 x 20 inci, lembar observasi, kursi dan meja
- b) Persiapan klien : kontrak topik, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan terapi cermin.
- c) Persiapan lingkungan: ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, jaga privasi pasien (Pratiwi, 2017).

- 2) Standar Operasional Prosedur

Penjelasan kepada pasien sebelum melakukan mirror therapy

- a) Sekarang anda akan melakukan latihan dengan bantuan cermin selama latihan anda harus berkonsentrasi penuh.
- b) Latihan ini terdiri atas 2 sesi masing-masing sesi 15 menit, dengan istirahat selama 5 menit diantara masing-masing sesi.
- c) Lihatlah pantulan tangan kanan anda dicermin, bayangkan seolah-olah itu adalah tangan anda (jika yang paretis tangan kiri atau sebaliknya) anda tidak diperbolehkan melihat tangan yang sakit dibalik cermin.

- d) Lakukan gerakan secara bersamaan (simultan) pada kedua anggota gerak gerakan diulang sesuai dengan instruksi dengan konstanta ± 1 detik/gerakan.
- e) Jika anda tidak bisa menggerakkan tangan yang sakit berkonsentrasilah dan bayangkan seolah-olah anda mampu menggerakannya sambil tetap melihat bayangan di cermin (Hardiyanti, 2013)
- f. Posisi pasien saat melakukan *Mirror Therapy*

Pasien duduk atau berdiri menghadap cermin kedua tangan dan lengan bawah diletakkan diatas meja. Sebuah cermin diletakkan dibidang mid sigital didepan pasien tangan sisi paresis di posisikan di belakang cermin sedangkan tangan sisi yang sehat diletakkan didepan cermin. Dibawah sisi paresis diletakkan penopang untuk mencegah lengan bergeser atau jatuh selama latihan. Kantong pasir diletakkan di sisi kanan dan kiri lengan bawah posisi diatur sedemikian rupa sehingga dapat melihat tangan sisi paresis. Pantulan tangan yang sehat tampak seolah-olah sebagai tangan yang sakit (Hardiyanti, 2013).
- g. Metode *Mirror Therapy*
 - 1) Atur posisi duduk dengan nyaman dan setenang mungkin, posisikan kedua tangan di atas meja. Letakkan cermin di tengah dada, lengan yang sehat berada didepan cermin dan yang mengalami kelemahan diletakkan /sembunyikan dibelakang cermin.



Gambar 2.1. Letakkan cermin di tengah dada
(Sodikin, et.al., 2021)

- 2) Lakukan gerakan mengangkat dan menurunkan lengan



A



B

Gambar 2.2. (A) Angkat lengan (B) Turunkan lengan
(Sodikin, et.al., 2021)

- 3) Lakukan gerakan membolak balikan telapak tangan.



A



B

Gambar 2.3. A & B Membolak balik telapak tangan
(Sodikin, et.al., 2021)

- 4) Lakukan gerakan mengangkat jari satu persatu dimulai dari jempol.



A



B

Gambar 2.4. A & B. Angkat jari satu-satu mulai dari ibu jari
(Sodikin, et.al., 2021)

- 5) Lakukan gerakan mengepal dan membuka telapak tangan.



Gambar 2.5 Mengepal dan membuka telapak tangan
(Sodikin, et.al., 2021)

3. Asuhan Keperawatan
 - a. Fokus pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari pasien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin & Sari, 2013). Pengkajian terdiri atas pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Pengkajian skrining dilakukan ketika menentukan keadaan normal atau abnormal. Jika beberapa data ditafsirkan abnormal, maka akan dilakukan pengkajian mendalam untuk menentukan diagnosa yang tepat (Wilkinson, 2015).

Terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji dalam SDKI meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan

perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, serta keamanan dan proteksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Klien dengan gangguan mobilitas fisik dalam kategori fisiologis dengan subkategori aktivitas dan istirahat, meliputi 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, 2017). Pengkajian dalam tahap proses keperawatan meliputi sebagai berikut:

1) Pengkajian umum

Pengkajian pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit psikososial (Muttaqin, 2011).

a) Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

b) Keluhan utama

Keluhan utama yang muncul berupa kelemahan separuh anggota badan, penurunan kesadaran, tidak mampu makan dan gangguan dalam berbicara

c) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

d) Data riwayat Kesehatan

(1) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan mual, muntah, kejang, penurunan kesadaran, tidak mampu makan, kelumpuhan sebagian badan, dan nyeri kepala. Pengkajian PQRST

P : *Provokatif/paliatif*, yaitu penyebab atau yang menimbulkan masalah, biasanya pasien stroke mengalami jatuh secara tiba-tiba

Q : *Qualitas*, yaitu bagaimana kualitas/rasanya

R : *Regio*, yaitu lokasi atau bagian tubuh yang mengalami masalah

S : *Skala*, berapa skala yang dirasakan (1-10) dan pengaruh terhadap aktivitas

T : *Time*, kapan hal itu terjadi, berapa lama, tiba-tiba atau bertahap. Biasanya timbul secara mendadak

(2) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat Stroke sebelumnya, hipertensi, penyakit jantung, trauma kepala, penggunaan antikoagulan, vasodilator, dan kegemukan, riwayat alkohol, merokok

(3) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

(4) Riwayat psikososial dan spiritual

Peran pasien dalam keluarga, adanya hambatan atau gangguan berinteraksi, stressor, rasa cemas yang berlebihan, status dalam pekerjaan, kegiatan ibadah selama dirumah dan dirumah sakit

2) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Umumnya tingkat kesadaran cukup namun mendadak mengalami penurunan kesadaran akibat luasnya pembuluh

darah yang mengalami penyumbatan. Untuk memeriksa kesadaran gunakan *Glasgow coma scale* (GCS). Parameter pemeriksaan seperti:

Tabel 2.2 Pemeriksaan GCS

Jenis Pemeriksaan	Nilai
Eye	
Membuka mata dengan spontan	4
Atas perintah (suara)	3
Dengan rangsangan nyeri	2
Tidak ada respon	1
Verbal	
Respon verbal/bicara orientasi baik	5
Bingung/kacau	4
Mampu membentuk kata baik, kalimat tidak	3
Bergumam	2
Tidak keluar kata sama sekali	1
Motorik	
Dapat mengikuti perintah	6
Melokalisir nyeri	5
Menghindari nyeri	4
Respon fleksi saat diberi rangsangan nyeri	3
Respon ekstensi saat diberi rangsangan nyeri	2
Tidak ada gerakan	1

Sumber: Wahyuni (2016)

b) Tanda-tanda vital (TTV): Tekanan Darah, Nadi (brakikardi, takikardia), respirasi, suhu

c) Anamnesis:

Pengambilan anamnesis harus dilakukan dengan teliti untuk menetapkan jenis stroke hemoragik atau non hemoragik (Amanda, 2018)

Tabel 2.3 Anamnesis Perbedaan SH dan SNH

No	Gejala	SNH	SH
1	Onset/awitan	Mendadak	Mendadak
2	Nyeri Kepala	+ -	+++
3	Kejang	-	+
4	Muntah	-	+
5	Penurunan Kesadaran	+ -	+++
6	Kaku Kuduk	-	+
7	CT-Scan	Terlihat Daerah Hitam	Ada Area Putih

Sumber: Amanda (2018)

Keterangan:

+ - : Terkadang ada/ terkadang tidak

+ : Mungkin Ada

- : Tidak Ada/ Tidak Pernah

+++ : Ada

d) Pemeriksaan Kepala dan Muka

Muka umumnya tidak simetris antara kanan dan kiri.

Mata cek apakah penglihatan terasa kabur (karena kerusakan *nervus optikus*, gangguan dalam menggerakkan bola mata (Gangguan *nervus*), gangguan dalam memutar bola mata (*Nervus abducentis*).

e) Pemeriksaan Hidung, Mulut dan Leher

(1) Hidung : apakah adanya gangguan penciuman akibat kerusakan Nervus 1 Olfaktorius

(2) Mulut : gangguan pengecapan akibat kerusakan nervus vagus, kesulitan atau gangguan menelan, adanya *Facial Palsy*

(3) Leher : didapati kaku kuduk

f) Pemeriksaan Dada

Biasanya didapatkan suara nafas yang ronchi, *wheezing* atau suara tambahan lain, pernafasan yang tidak teratur akibat reflek batuk dan menelan yang mengalami penurunan

g) Pemeriksaan Ekstremitas

Ekstremitas biasanya pada pasien stroke ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparasi, pengukuran kekuatan otot, normal 5

Nilai 0 : bila tidak ada kontraksi otot

Nilai 1 : bila terlihat kontraksi namun tidak ada gerakan sendi

Nilai 2 : bila ada gerakan sendi namun tidak melewati gravitasi

Nilai 3 : bila dapat melewati gravitasi namun tidak dapat menahan tekanan pemeriksaan

Nilai 4 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang

Nilai 5 : bila dapat melawan kekuatan tahanan dengan kekuatan penuh

5	5	EA
5	5	EB

Keterangan:

EA : Ekstremitas Atas (tangan kanan dan kiri)

EB : Ekstremitas Bawah (kaki kanan dan kiri)

h) Pemeriksaan Nervus (Wahyuni, 2016)

(1) Nervus I (*Olfactory*)

Test fungsi pembauan dengan klien ditutup mata dan minta klien mencium benda yang baunya tajam seperti kopi, tembaku dan bandingkan dengan hidung kanan dan kiri

(2) Nervus II (*Optikus*)

Test visual dan lapang pandang, test visual dengan satu mata klien ditutup kemudian suruh klien membaca buku atau koran dan bandingkan dengan kanan dan kiri

Test lapang pandang dengan klien menutup salah satu sisi mata dan klien melihat hidung pemeriksa dan pemeriksa memegang benda kemudian digerakkan dan beritahu klien jika klien melihat benda tersebut

(3) Nervus III, IV, VI (*Oculomotorius, Trochlear dan Abducens*)

(a) Nervus III : respon pupil terhadap cahaya, menyrotkan cahaya senter kemata

(b) Nervus IV : kepala klien tegak lurus gerakkan objek kakanan dan observasi apakah adanya nistgamus

(c) Nervus VI : minta klien untuk melihat kearah kiri dan kanan tanpa kepala menegok

(4) Nervus V (*Trigeminus*)

(a) Fungsi sensasi : mengusap kapas kearea kelopak mata atas dan bawah

(b) Reflek kornea : letakkan kapas diujung mata dan lihat apakah klien berkedip

(c) Fungsi motorik : minta klien untuk melakukan gerakan mengunyah dan lakukan palpasi pada otot temporal dan massester

(5) Nervus VII (*Facialis*)

(a) Fungsi sensasi : kaji sensasi lidah klien dengan rasa asam, manis, pahit

(b) Fungsi motorik : minta klien untuk tersenyum, meringis, mengerutkan dahi menutup dan membuka mata.

(6) Nervus VIII (*Austikus*)

Pemeriksaan pendengaran dengan menutup satu telinga dan bisikkan ketelinga klien dan bandingkan dengan telinga kiri dan kanan. Kaji keseimbangan klien dengan minta klien berdiri dan berjalan apakah bisa melakukan atau tidak

(7) Nervus IX (*Glosopharingeal*)

Meraba bagian belakang lidah dengan menggores pada dinding faring kanan dan kiri

(8) Nervus X (*Vagus*)

Reflek menelan dengan menekan dinding pharynx mer... ikan tong spatel akan terlihat saat klien menelan Test inspeksi gerakan ovula (saat klien mengucapkan "ah") apakah simetris dan tertarik keatas

(9) Nervus XI (*Accessories*)

Minta klien menoleh kesamping melawan tahanan, apakah *Strenocledomastoideus* terlihat ?

Minta klien mengangkat bahu dan pemeriksa menahan bahu klien

(10) Nervus XII (*Hyplogosus*)

Mengkaji gerakan lidah saat berbicara dan menelan, inspeksi posisi lidah, minta klien

mengeluarkan lidah dan memasukkan lidah dengan cepat dan minta klien menggerakkan lidah kekanan dan kekiri

i) Pemeriksaan Refleks (Wahyuni, 2016)

(1) *Refleks bicep*

Lengan fleksi pada siku 90 derajat telapak tangan menghadap kebawah, letakkan ibu jari tangan kita pada biceps ketuk dengan refleks hammer, dan perhatikan fleksi pada siku, rasakan apakah adanya kontraksi biceps

(2) *Refleks tricep*

Lengan fleksi sendi siku, posisi menyilang dada, ketuk tendon triceps diatas siku :observasi kontraksi otot tricep be pada jarak 1-2 cm diatas olecranon

(3) *Refleks patella/lutut*

Klien duduk atau baring dengan dibantu posisi reflek sendi lutut ketuk tendon patella dibawah patella sambil observasi kontraksi ekstensi lutut

(4) *Refleks achilles/ankle*

Posisi kaki adalah dorsofleksi, untuk memudahkan pemeriksaan kaki klien disilangkan diatas tungkai bawah, tendon achilles diketuk dengan refleks hammer, normal gerakan plantar fleksi

(5) *Reflek babinski*

Lakukan penggoresan pada telapak kaki bagian lateral dari posterior ke anterior, respon positif apabila terdapat gerakan dorsofleksi ibu jari dan jari lainnya mengalami pengembangan

(6) *Refleks chaddock*

Penggoresan kulit dorsum pedis bagian lateral dari posterior ke anterior Respon positif apabila ibu jari dorsofleksi dan jari-jari lain ikut mekar.

(7) *Refleks schaeffer*

Tekan pada tendon achilles. Amati gerakan ibu jari apakah dorsofleksi dan mekarnya jari-jari (*fanning*)

(8) *Refleks openhime*

Pengurutan pada tibia dari proksimal ke distal secara cepat. Amati adanya gerakan ibu jari apakah dorsofleksi dan mekarnya jari-jari

(9) *Refleks Gordon*

Memberi penekanan pada otot betis. Amati adanya gerakan ibu jari apakah dorsofleksi dan mekarnya jari-jari

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual ataupun potensial (Novieastari, 2019) Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien SH antara lain: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler (D.0054)

a) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Etiologi

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan massa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi
- 9) Kontraktur
- 10) Malnutrisi
- 11) Gangguan muskuloskeletal

- 12) Gangguan neuromuscular
 - 13) IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia
 - 14) Efek agen farmakologis
 - 15) Program pembatasan gerak
 - 16) Nyeri
 - 17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - 18) Kecemasan
 - 19) Gamgguan kognitif
 - 20) Keengganan melakukan pergerakan
 - 21) Gamggua sensoripersepsi
- c) Manifestasi Klinis
- 1) Gejala dan tanda mayor:
 - a) Subyektif : pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - b) Obyektif : rentang gerak menurun,
 - 2) Gejala dan tanda minor :
 - a) Subyektif : nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak,
 - b) Obyektif : gerakan terbatas, fisik lemah.
- d) Kondisi Klinis Terkait
- 1) Stroke
 - 2) Cedera medulla spinalis
 - 3) Trauma

- 4) Fraktur
- 5) Osteoarthritis
- 6) Osteomalasia
- 7) keganasan

2) Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Edema serebral

a) Pengertian : Gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial

b) Etiologi

- 1) Lesi menempati ruang (mis. space-occupying lesion – akibat tumor, abses)
- 2) Gangguan metabolisme (mis. akibat hiponatremia, ensefalopati uremik, ensefalopati hepatikum, ketoasidosis diabetik, septikemia)
- 3) Edema serebral (mis. akibat cedera kepala [hematoma epidural, hematoma subdural, hematoma subarachnoid, hematoma intraserebral], stroke hemoragik, hipoksia, ensefalopati iskemik, pascaoperasi)
- 4) Peningkatan tekanan vena (mis. akibat trombosis sinus vena serebral, gagal jantung, trombosis/obstruksi vena jugularis atau vena kava superior)

- 5) Obstruksi aliran cairan serebrospinalis (mis. hidrosefalus)
 - 6) Hipertensi intrakranial idiopatik
- c) Tanda dan gejala

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Sakit kepala

Objektif

- 1) Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar
- 2) Bradikardia
- 3) Pola napas ireguler
- 4) Tingkat kesadaran menurun
- 5) Respon pupil melambat atau tidak sama
- 6) Refleks neurologis terganggu

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- 1) (tidak tersedia)

Objektif

- 1) Gelisah
- 2) Agitasi
- 3) Muntah (tanpa disertai mual)
- 4) Tampak lesu/lemah

- 5) Fungsi kognitif terganggu
 - 6) Tekanan intrakranial (TIK) >20mmHg
 - 7) Papiledema
 - 8) Postur desebrasi (ektensi)
- d) Kondisi Klinis Terkait
- 1) Cedera kepala
 - 2) Iskemik serebral
 - 3) Tumor serebral
 - 4) Hidrosefalus
 - 5) Hematoma kranial
 - 6) Pembentukan arteriovenous
 - 7) Edema vasegenik atau sitotoksik serebral
 - 8) Hiperemia
 - 9) Obstruksi aliran vena
- 3) Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif d.d embolisme dan hipertensi
- a) Pengertian
Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak
 - b) Faktor Risiko
 - 1) Keabnormalan masa protombin dan/ atau masa tromboplastin parsial
 - 2) Penurunan kinerja ventrikel kiri
 - 3) Ateroskelrosiaorta

- 4) Diseksi arteri
- 5) Fibrilasi atrium
- 6) Tumor otak
- 7) Stenosis karotis
- 8) Katup prostetik mekanik
- 9) Stenosis mitral
- 10) Neoplasma otak
- 11) Infark miokard akut
- 12) Sindrom *sick sinus*
- 13) Penyalahgunaan zat
- 14) Miksoma atrium
- 15) Aneurisma serebri
- 16) Koagulopati
- 17) Dilatasi kardiomiopati
- 18) Koagulasi intravaskuler diseminata
- 19) Embolisme
- 20) Cedera kepala
- 21) Hiperkolesteroneia
- 22) Hipertensi
- 23) Endokarditis infeksi
- 24) Terapi trombolitik
- 25) Efek samping tindakan

c. Rencana Keperawatan

Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2019). Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit Stroke Hemoragik adalah

- 1) SDKI: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler (D.0054)
SLKI: Mobiltas Fisik (L.05042)
 - a) Pergerakan Ekstremitas Meningkatkan
 - b) Kekuatan Otot Meningkatkan
 - c) Rentang Gerak Meningkatkan
- 2) SDKI: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Edema serebral
SLKI: Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049)
 - a) Tingkat kesadaran mningkat
 - b) Fungsi kognitif meningkat
 - c) Sakit kepala menurun
 - d) Tekanan intracranial membaik
- 3) SDKI: Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif d.d embolisme dan hipertensi
SLKI: Perfusi Serebral (L.02014)

- a) Tingkat kesadaran meningkat
- b) Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun
- c) Sakit kepala menurun
- d) Gelisah menurun
- e) Nilai rata-rata tekanan darah membaik

d. Implementasi

SDKI: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler (D.0054)

SIKI: Dukungan Mobilisasi (1.05173)

Observasi

- 1) identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

SDKI: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Edema serebral

SIKI: Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198)

Observasi

- 1) identifikasi penyebab peningkatan TIK
- 2) Monitor peningkatan TD
- 3) Monitor pelebaran tekanan nadi
- 4) Monitor penurunan frekuensi jantung
- 5) Monitor ireguleritas irama napas
- 6) Monitor penurunan tingkat kesadaran
- 7) Monitor perlambat atau ketidaksimetrisan respon pupil
- 8) Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan
- 9) Monitor tekanan perfusi serebral
- 10) Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal
- 11) Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

Terapeutik

- 1) Ambil sampel drainase cairan serebrospinal
- 2) Kalibrasi transduser
- 3) pertahankan sterilisasi sistem pemantauan
- 4) pertahankan posisi kepala dan leher netral
- 5) bilas sistem pemantauan, Jika perlu

- 6) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- 7) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, Jika perlu

SDKI: Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif d.d embolisme dan hipertensi

SIKI: Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198)

Observasi

- 1) identifikasi penyebab peningkatan TIK
- 2) Monitor peningkatan TD 1.3 Monitor pelebaran tekanan nadi
- 3) Monitor penurunan frekuensi jantung
- 4) Monitor iregularitas irama napas
- 5) Monitor penurunan tingkat kesadaran
- 6) Monitor perlambat atau ketidaksimetrisan respon pupil
- 7) Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan
- 8) Monitor tekanan perfusi serebral
- 9) Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal
- 10) Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

Terapeutik

- 1) Ambil sampel drainase cairan serebrospinal
- 2) Kalibrasi transduser
- 3) pertahankan sterilisasi sistem pemantauan
- 4) pertahankan posisi kepala dan leher netral
- 5) bilas sistem pemantauan, Jika perlu
- 6) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- 7) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, Jika perlu

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah. Evaluasi merupakan aspek penting proses keperawatan karena dari evaluasi dapat ditentukan apakah intervensi yang dilakukan harus diakhiri, dilanjutkan, ataupun dirubah (Berman *et al.*, 2016). Proses pembentukan menitik beratkan pada aktivitas proses keperawatan dan hasil kualitas layanan tindakan keperawatan, proses evaluasi harus dilaksanakan dan dilanjutkan hingga tujuan tercapai. disusun menggunakan SOAP :

S : Ekspresi emosional atau keluhan pasien setelah implementasi

O : Keadaan objektif ditentukan oleh perawat melalui observasi objektif

A : Analisis perawat setelah memahami apakah reaksi subjektif dan objektif diselesaikan

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa

Menurut Wardani (2013), ada beberapa kemungkinan dari hasil evaluasi yang terkait dengan keberhasilan tujuan tindakan, yaitu jika pasien menunjukkan perubahan dengan standar outcome yang telah dibuat, maka tujuan tercapai, jika pasien menunjukkan bahwa beberapa standar outcome yang ditetapkan berubah, maka tujuan tercapai jika itu hampir tidak berubah atau tidak membuat kemajuan sama sekali, itu belum diimplementasikan.

C. *Evidence Base Practice (EBP)*

Terdapat beberapa hasil penelitian sebelumnya yang digunakan oleh peneliti sebagai dasar melakukan tindakan penerapan *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH).

Tabel 2.4. Evidence Base Practice (EBP)

Nama (Tahun)	Judul	Metodologi	Hasil Penelitian
Arif <i>et al.</i> , (2019)	Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah	Penelitian ini menggunakan metode kuasi-eksperimental <i>One Group Pretest-posttest</i> . Terapi cermin dilakukan 5-10 menit, sekali sehari, 5	Hasil uji statistik diperoleh nilai 0,000 yang dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara terapi

Nama (Tahun)	Judul	Metodologi	Hasil Penelitian
	Kerja Puskesmas Kumpulan Kabupaten Pasaman Tahun 2018	kali seminggu selama 4 minggu. Sampel dalam penelitian ini adalah 11 responden. Penelitian ini telah dilakukan dari 5 Februari hingga 3 Maret 2018	cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di Kumpulan Kesehatan Masyarakat tahun 2018
Laus <i>et al.</i> , (2020)	Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kekuatan Otot Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Akibat Stroke Di Ruang Perawatan Interna RSUD Dr. T.C.Hillers Maumere	Penelitian ini merupakan penelitian intervensi komparatif. Besar sampel dalam penelitian sebanyak 10 responden dalam kelompok intervensi terapi cermin dan 10 responden dalam kelompok kontrol tanpa cermin. Uji hasil dilakukan dengan <i>Mann-Whitney test</i> dan <i>Wilcoxon test</i> , dengan α sebesar 5%	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi cermin lebih efektif dalam meningkatkan kekuatan otot dengan nilai $p=0,005$, namun tidak ada perbedaan bermakna antar kelompok intervensi dengan kelompok kontrol yang memiliki nilai $p=0,011$. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terapi cermin mampu mengaktivasi sel-sel cermin di lobus otak secara lebih maksimal
Zulawati <i>et al.</i> , (2022)	Pengaruh <i>Mirror Therapy</i> Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Umum Sembiring	Metode penelitian ini menggunakan <i>quasy experiment</i> dengan desain <i>penelitian one group pre test post test</i> . Populasinya semua pasien stroke non hemoragik di Rumah Sakit Umum Sembiring, pengambilan sampel dengan teknik <i>purposive sampling</i> , responden penelitian ini berjumlah 11 orang. lembar observasi dan SOP adalah instrumen dalam penelitian ini. Uji analisa menggunakan <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> . Penelitian ini dilakukan 7 hari dilakukan 1x perhari selama 30 menit.	Hasil penelitian didapatkan adanya dampak dari intervensi tindakan <i>mirror therapy</i> untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik. <i>Mirror therapy</i> bermanfaat untuk meningkatkan kekuatan otot pada bagian tubuh yang mengalami kelemahan