

**PENERAPAN MIRROR THERAPY UNTUK KEKUATAN OTOT LANSIA  
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI KELUARGA**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai  
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Prodi D3 Keperawatan



Disusun Oleh:

Dwi Aryati

NPM: 18.0601.0013

PPROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2021

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit stroke pada umumnya adalah penyebab kematian yang menempati urutan ke tiga setelah penyakit jantung dan kanker. Namun, stroke menyebabkan orang menjadi cacat pada kelompok usia diatas 60 tahun. Penderitanya banyak yang cacat, menjadi invalid, tidak mampu mencari nafkah, menjadi tergantung pada orang lain, dan menjadi beban pada keluarga, dan beban ini dapat berupa beban tenaga, perasaan, dan beban ekonomi. Ada beberapa macam komplikasi yang disebabkan oleh stroke non hemoragik ini diantaranya adalah edema cerebri dan peningkatan intracranial dapat menyebabkan herniasi atau kompresi batang otak, kejang, transformasi hemoragik, infeksi : pneumonia (infeksi paru-paru yang disebabkan oleh virus, bakteri jamur dan parasite), ISK yang terjadi karena bakteri yang menginfeksi saluran kemih, trombotis vena dalam, dan gangguan aktivitas (Kusgiarti, 2017).

Penderita stroke di Indonesia sebanyak 5% yang berusia 65 tahun pernah mengalami setidaknya satu kali serangan stroke (Oktaffrasya W. Septafani, Shella Mangga Trusilawati, 2019). Menurut WHO 2018 dalam (Kemenkes RI, 2018) Indonesia menduduki peringkat pertama sebagai negara yang mengalami stroke di seluruh Asia, Data nasional Indonesia menunjukkan stroke merupakan penyebab kematian tertinggi, yaitu sebanyak 15,4%, sekitar 750.000 pertahun orang mengalami stroke dan 200.000 orang diantaranya mengalami stroke berulang (Putri Arum Auliya, Aji Prima, 2020).

Menurut data dari RISKESDAS 2018 terjadi peningkatan jumlah penderita stroke di Indonesia dari 7% permil di 2013 dan sekarang menjadi 10,9% permill pada tahun 2018, berdasarkan data dari Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (RISKESDAS, 2018) dengan prevalensi kasus stroke menempati urutan ke 5 dari 8 provinsi kasus penyakit yang tidak menular dengan presentase 3,91%, prevalensi stroke menurut diagnosis dokter jumlah pasien stroke tingkap provinsi

jawa tengah yang ada di Kabupaten Magelang tepatnya di puskesmas Mertoyudan 1 sebanyak 42,42% yang rutin kontrol ke fasilitas pelayanan Kesehatan, sekitar 56,93% yang kadang-kadang control dan juga tercatat 58,85% yang tidak memeriksakan ulang kondisinya ke fasilitas pelayanan kesehatan (RISKESDAS, 2018).

Pada pasien stroke rata-rata 70-80% mengalami hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu bagian sisi tubuh) dengan 20% dapat meningkatkan fungsi motoric / terjadi kelemahan pada anggota ekstremitas bila tidak mendapatkan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke (Setiyawan et al., 2019).

Intervensi untuk penyembuhan pada pasien stroke dapat dilakukan dengan terapi medikasi obat-obatan yang dilakukan oleh fisioterapi atau latihan seperti latihan aerobik, latihan rentang gerak (ROM), latihan koordinasi, latihan penguatan, selain itu bisa menggunakan terapi yang dikombinasikan untuk meningkatkan status fungsional, sensorik motoric dan intervensi yang bersifat non vasif, ekonomis dan langsung berhubungan dengan system motoric yang menstimulus ipsilateral atau korteks sensori motoric kontrateral yang mengalami lesi yaitu bisa menggunakan terapi rentang gerak dengan menggunakan media cermin atau *mirror therapy* (Setiyawan et al., 2019).

Terapi yang dapat digunakan untuk membantu mengembalikan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik selain menggunakan terapi farmakologis bisa juga menggunakan terapi non farmakologis, salah satu contohnya adalah dengan menggunakan terapi alternatif yang dapat diterapkan, dan diaplikasikan pada penderita stroke non hemoragik dengan menggunakan *terapi cermin* yang tujuannya adalah untuk meningkatkan status fungsional sensorik dan motoric yang merupakan intervensi yang bersifat non invasive, ekonomis dan langsung terhubung dengan system motoric dengan cara melatih dan menstimulus ipsilateral atau korteks sensori motoric kontralateral yang mengalami lesi. Bentuk rehabilitasi yang mengandalkan bayangan motoric, dimana cermin yang akan

memberikan stimulasi visual yang cenderung diikuti oleh bagian tubuh yang terganggu, terapi ini relative baru, murah, sederhana, dan berfungsi memperbaiki anggota gerak yang terganggu karena terapi cermin melibatkan system mirror neuron yang terdapat di daerah kortek serebri yang bermanfaat dalam penyembuhan motoric.

Penggunaan mirror therapy terhadap penderita stroke ini menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot, pemberian mirror therapy pada pasien stroke dilakukan 5 kali sehari selama 7 hari dan nampak perubahan yang sangat jelas, sebelum dilakukan mirror therapy, kekuatan otot pasien stroke non hemoragik dikisaran 2 dan setelah dilakukan mirror therapy selama 7 hari didapatkan hasil perubahan kekuatan otot nya menjadi dikisaran 4 (Sataloff et al., 2020).

Terapi cermin dilakukan dengan mengandalkan bayangan motoric, dimana cermin yang akan memberikan stimulasi visual yang cenderung diikuti oleh bagian tubuh yang terganggu, terapi ini relative baru, murah, sederhana, dan berfungsi memperbaiki anggota gerak yang terganggu karena terapi cermin melibatkan system mirror neuron yang terdapat di daerah kortek serebri yang bermanfaat dalam penyembuhan motoric (Putri Arum Auliya, Aji Prima, 2020).

Berdasarkan penjelasan diatas penulis tertarik untuk menerapkan *Mirror Therapy* untuk melatih kekuatan otot pada pasien stroke non hemoregik di keluarga.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Penyakit stroke pada umumnya menjadi penyebab kematian yang menempati urutan ke tiga setelah jantung dan kanker, di Indonesia stroke menduduki peringkat pertama dengan penderita terbanyak di Asia. Penderita penyakit stroke ini pun semakin meningkat dan sebagian banyak yang mengalami stroke berulang terutama dikota magelang karena kurangnya kesadaran akan pentingnya memeriksakan kondisinya di fasilitas pelayanan Kesehatan. Stroke yang tidak segera ditangani akan menyebabkan hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu bagian sisi tubuh) jika tidak mendapatkan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke tepatnya di wilayah Puskesmas

Mertoyudan 1. Untuk terapi kekuatan otot stroke non hemoragik dapat dilakukan secara mandiri dirumah dengan menggunakan media kaca,dan terapi ini dikenal dengan nama *mirror therapy*.

Maka dari itu penulis ingin mengetahui, bagaimanakah penerapan *mirror therapy* pada keluarga untuk penderita stroke non hemoragik?

### **1.3 Tujuan Karya Tulis Ilmiah**

Mampu memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan stroke non hemoragik menggunakan inovasi *mirror therapy*.

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan stroke non hemoragik menggunakan inovasi *mirror therapy* untuk kekuatan otot.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mampu mengidentifikasi pengkajian asuhan keperawatan keluarga dengan stroke non hemoragik.

1.3.2.2 Mampu merumuskan diagnosa keperawatan keluarga dengan stroke non hemoragik ,

1.3.2.3 Mampu merumuskan intervensi keperawatan keluarga klien dengan stroke non hemoragik dengan inovasi *mirror therapy* untuk kekuatan otot.

1.3.2.4 Mampu melakukan implementasi keperawatan keluarga klien dengan stroke non hemoragik dengan inovasi *mirror therapy* untuk kekuatan otot.

1.3.2.5 Mampu melakukan evaluasi keperawatan keluarga klien dengan stroke non hemoragik dengan inovasi *mirror therapy* untuk kekuatan otot,

1.3.2.6 Mampu melakukan dokumentasi keperawatan keluarga klien dengan stroke non hemoragik dengan inovasi *mirror therapy* untuk kekuatan otot.

### **1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

Asuhan keperawatan yang diberikan diharapkan dapat memberikan manfaat dalam mengatasi stroke non hemoragik dengan menggunakan *mirror therapy*.

#### **1.4.1 Bagi Masyarakat**

Hasil penulisan ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi dimasyarakat dan mengetahui cara mengatasi kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik dengan *mirror therapy*.

#### **1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai referensi mengenai pengaruh *mirror therapy* untuk kekuatan otot pada klien dengan stroke non hemoragik.

#### **1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan**

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai salah satu penanganan untuk kekuatan otot pada klien dengan stroke non hemoragik menggunakan *mirror therapy* oleh profesi Kesehatan lain terutama perawat dalam melakukan intervensi keperawatan.

#### **1.4.4 Bagi Penulis**

Penulis dapat menambah pengetahuan dan keterampilan dalam menerapkan tindakan asuhan keperawatan di masyarakat. Dan penulis juga dapat mengembangkan inovasinnya dalam memberikan tindakan pengobatan alternative menggunakan *mirror therapy* untuk melatih kekuatan otot pada penderita stroke non-hemoragik.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Lansia**

##### **2.1.1 Definisi Lansia**

Konsep lansia menurut (Wibowo, 2018) adalah :

Undang-undang NO. 13/th. 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia BAB I pasal 1 ayat 2 menyebutkan bahwa Lanjut usia adalah orang yang telah mencapai usia 60 sampai 90 tahun. Lanjut usia adalah orang yang system iologisnya mengalami perubahan struktur mengalami perubahan struktur dan fungsi yang dikarenakan usianya yang sudah lanjut (Tani et al., 2017). Lanjut usia adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindari, berjalan terus menerus dan berkesinambungan selanjutnya akan mengalami perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Apip dwi prasetyo, 2020).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia WHO dalam (Wibowo, 2018) lanjut usia ada 4 tahap, yaitu :

- a. Usia pertengahan ( middle agle) adalah kelompok usia 45-59 tahun.
- b. Lanjut Usia (erderly) adalah kelompok usia antara 60 sampai 74 tahun
- c. Lanjut usia tua (old) antara 75 sampai 90 tahun.
- d. Usia sangat tua (very odl) antara diatas 90 tahun

##### **2.1.2 Teori Proses Menua**

Menua atau menjadi tua adalah keadaan dimana keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua adalah proses yang terjadi sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu tetapi dimulai sejak permulaan hidup. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis maupun secara psikososial. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas,

penglihatan semakin memburuk, Gerakan lambat, dan igur tubuh yang tidak proposional.

Teori proses penuaan dibagi menjadi 2 bagian yaitu biologis dan psikososial :

a. Teori Biologis

Yang termasuk dalam teori biologis adalah: Teori jam genetic, Teori interaksi social, Teori eror katastrop, Teori pemakaian dan kekuasaan.

b. Teori Pesikososial

Yang termasuk dalam teori psikososial adalah Disengagement Theory, Teori Aktivitas, Teori Kontinuetas, Teori Subkultur, Teori statisfikasi usia

### **2.1.3 Perubahan yang terjadi pada lansia**

Proses penuaan secara alamiah menimbulkan beberapa perubahan meliputi perubahan fisik, psikologis, social, bahkan spiritual, banyak lansia kehilangan kemampuan mereka untuk hidup mandiri karena keterbatasan mobilitas, sakit kronis, kelemahan atau masalah mental atau fisik lainnya yang memerlukan perawatan jangka Panjang. Lansia lebih sering mengalami kejadian seperti berkabung, turun status social-ekonomi dengan masa pensiun, atau cacat. Semua factor ini dapat dapat berakibat pada Kesehatan jiwa lansia yaitu demensia, ansietas, delirium, kesepian, dan depresi (Pragholapati & Munawaroh, 2020).

### **2.1.4 Penurunan system kekebalan tubuh pada lansia**

Anatomi fisiologi pada manusia akan berubah sejalan dengan bertambahnya usia, permasalahannya adalah semakin tuas seseorang semakin berkurang daya tahan fisiknya dan beberapa jenis penyakit tertentu akan muncul dan menyerang lansia, kondisi psikis dan mental lansia juga mengalami gangguan, dukungan social dan psikologis pada lansia belum teridentifikasi dengan jelas (Prima et al., 2019).

Fungsi system imun dalam melawan penyakit menurun sesuai umur. Saat menginjak usia tua maka resiko kesakitan pada infeksi, kanker, kelainan autoimmune, atau penyakit kronik menjadi meningkat. Hal ini disebabkan karena berjalan alamiah penyakit yang berjalan secara lambat sehingga gejala-gejalanya baru terlihat setelah beberapa tahun kemudian. Masalah lain yang muncul adalah

tubuh lansia kehilangan kemampuan membedakan benda asing yang masuk ke dalam tubuh atau benda itu bagian dari tubuh sendiri.

Kelompok lansia kurang mampu menghasilkan sel imun untuk sistem kekebalan tubuh. Sel perlawanan infeksi yang dihasilkan kurang cepat bereaksi dan kurang efektif. Seseorang yang berusia di atas 70 tahun cenderung menghasilkan autoantibodi yaitu antibody yang melawan antigen sendiri dan mengarah pada penyakit autoimmune (Fithra Dieny et al., 2019).

### **2.1.5 Permasalahan yang terjadi pada lansia**

- a. Permasalahan Fisik, masalah fisik yang dialami oleh lansia adalah kelemahan, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktifitas yang cukup berat, indra penglihatan yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang, serta daya tahan tubuh yang menurun sehingga mudah terkena penyakit.
- b. Masalah Kognitif ( Intelektual ), masalah yang dihadapi oleh lansia terkait dengan perkembangan kognitif adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.
- c. Masalah Emosional, masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia terhadap keluarga sangat besar. Selain itu lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadinya dan sering stress akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.
- d. Masalah Spiritual, kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang Ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

## **2.2 Stroke Non Hemoregik**

### **2.2.1 Definisi Stroke non Hemoregic**

Stroke merupakan hambatan neurologis yang terjadi secara tiba-tiba dan berlangsung lebih dari 1 jam dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskuler (Sataloff et al., 2020). Stroke merupakan penyakit yang disebabkan oleh

kerusakan hipoksia, iskemia, infark, atau perdarahan yang menyebabkan gangguan pada ekstremitas (Muhammed et al., 2020).

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan jangka panjang yang serius pada orang dewasa, yang membuat fungsi motoric ekstremitas terganggu dan menyebabkan pembatasan pada mobilitas (Oktaffrasya W. Septafani, Shella Mangga Trusilawati, 2019). Penyakit stroke pada umumnya adalah penyebab kematian nomor 3, setelah penyakit kanker dan jantung. Stroke menyebabkan orang menjadi cacat pada kelompok usia diatas 45 tahun, penderitannya banyak yang menjadi cacat, menjadi invalid, tidak mampu mencari nafkah, menjadi ketergantungan kepada orang lain, dan menjadi beban keluarga, beban ini dapat berupa beban tenaga, beban perasaan dan ekonomi (Kusgiarti, 2017). Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah pecahnya pembuluh darah atau gangguan suplai darah pada otak terhenti yang terjadi secara tiba-tiba dan yang membuat penderitannya mengalami kecacatan dan gangguan pada ekstremitas.

### **2.2.1 Etiologi**

Menurut (Rini nur'aeni y, 2017) adalah :

#### **a. Thrombosis serebral**

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi pada jaringan otak yang dapat menimbulkan edem dan kongesti disekitarnya. Thrombosis rentan terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur, hal ini terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering memburuk pada 48 jam setelah thrombosis, keadaan yang dapat menyebabkan thrombosis otak antara lain :

#### **a) Ateroklerosis**

Menumpuknya lemak, kolestrol, dan zat lain didalam dan didinding arteri, timbunan plak kolestrol didinding arteri yang menyebabkan terhalangnya aliran darah. Jika pecah gumpalan plak menyebabkan oklusi akut arteri.

b) Hiperkoagulasi pada polisitemia

Sindrom Pengentalan darah adalah keadaan klinis dimana mudah terjadi penggumpalan darah. Dalam keadaan normal penggumpalan darah terjadi sebagai mekanisme untuk menghentikan perdarahan. Pada kondisi tidak normal penggumpalan darah terjadi berlebihan sehingga membahayakan tubuh.

c) Arteritis (radang pada arteri)

Peradangan pada pembuluh darah arteri didalam dan disekitar kulit kepala, penyebab peradangan pembuluh darah tidak diketahui dalam beberapa kasus, pembengkakan hanya mempengaruhi bagian arteri dengan bagian pembuluh normal berada di antaranya.

d) Emboli

Kondisi dimana benda atau zat asing seperti gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan pada aliran darah.

b. Hemoragi

Peredaran intracranial atau intraserebral termasuk kedalam perdarahan subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat dari pecahnya pembuluh darah pada otak adalah pembesaran darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga infark otak odema dan mungkin herniasi pada otak.

c. Hipoksis umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hiposia umum adalah Hipertensi yang parah, henti jantung-paru, curah jantung turun karena ritmia.

d. Hipkosia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat ini adalah spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

### 2.2.2 Klasifikasi

Stroke dibagi menjadi 2 menurut (Muliati, 2018), yaitu :

1. Stroke iskemik / stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah Sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik dibagi menjadi 3 yaitu :
  - a. Stroke Trombotik : Proses terbentuknya thrombus yang membuat gumpalan.
  - b. Stroke Embolik : Tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
  - c. Hipoperfution sistemik : Berkurangnya aliran darah keseluruh tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.
2. Stroke Hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada otak. Hampir 70% penderita stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoregic ada 2 jenis yaitu :
  - a. Hemoragic Intracebral : Perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak
  - b. Hemoragik Subarakoid : Perdarahan yang terjadi diruang subarakoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak ). Faktor penyebab stroke adalah :
    - a) Factor yang tidak dapat dirubah (non reversible)
      - 1) Jenis kelamin : pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibandingkan dengan wanita.
      - 2) Umur : semakin tinggi usia semakin tinggi pula resiko terkena stroke.
      - 3) Keturunan : adanya riwayat dari keluarga yang menderita stroke.
    - b) Factor yang dapat dirubah ( reversible)
      - 1) Hipertensi
 

Hipertensi adalah factor resiko utama terjadinya stroke, sering disebut sebagai the silent killer karena hipertensi meningkatkan resiko terjadinya stroke.
      - 2) Serangan jantung
 

Bisa terjadi jika salah satu dari pembuluh darah terhambat, maka kamu akan mengalami kondisi yang disebut iskemia, kondisi ini menyebabkan beberapa bagian tubuh tidak mendapat darah dan oksigen yang cukup

akibatnya berbagai macam organ didalam tubuh terganggu, hal ini yang memicu terjadinya serangan jantung.

3) Kolestrol tinggi

Kolestrol yang tinggi dapat menumpuk dan menyumbat pembuluh darah besar yang mengalirkan darah ke jantung. Akibatnya suplai darah dan oksigen berkurang sehingga memicu serangan jantung. Bila aliran darah ke otak juga terganggu akibat sumbatan, maka bisa menjadi penyebab stroke.

4) Obesitas

Obesitas dapat memicu terjadinya stroke karena adanya peradangan jaringan tubuh akibat lemak berlebih, kondisi ini yang memicu masalah aliran darah dan peningkatan risiko penyumbatan darah, dan kondisi ini yang menyebabkan terjadinya stroke.

5) Diabetes melitus

Diabetes Melitus dapat menyebabkan stroke jika gula darah tidak terkontrol dengan baik, kadar gula darah yang terlalu tinggi dalam darah dapat menyebabkan terbentuknya sumbatan dan deposit lemak dipembuluh darah, ketika pembuluh darah tersumbat suplai oksigen dan darah ke otak akan terganggu sehingga terjadilah penyakit stroke.

6) Polisetemia

Karena polisetemia vera menyebabkan darah membeku dan menghambat aliran darah, kondisi ini meningkatkan resiko pembekuan darah. Gumpalan darah dapat melewati pembekuan darah dan menyerang dimana saja, menyebabkan kasus serius seperti stroke atau infark miokard.

7) Stress emosional

Stress dapat memicu masalah penyumbatan atau pecahnya pembekuan darah di otak lewat ini lewat komplikasinya seperti tekanan darah tinggi, jadi punya kebiasaan merokok, atau obesitas sehingga. Stress juga dapat memicu peradangan dalam tubuh dan jika hal ini terjadi dalam jangka waktu lama akan menyebabkan stroke dan serangan jantung.

a. Kebiasaan hidup

1) Merokok

Pembuluh darah diotak menjadi lebih cenderung untuk mengalami penyumbatan dan peningkatan pembekuan darah setelah berulang kali terkena paparan bahan kimia yang dihirup melalui rokok, asap rokok juga menghasilkan variasi detak jantung dan fungsi jantung yang pada akhirnya dapat menyebabkan stroke.

2) Peminum alcohol

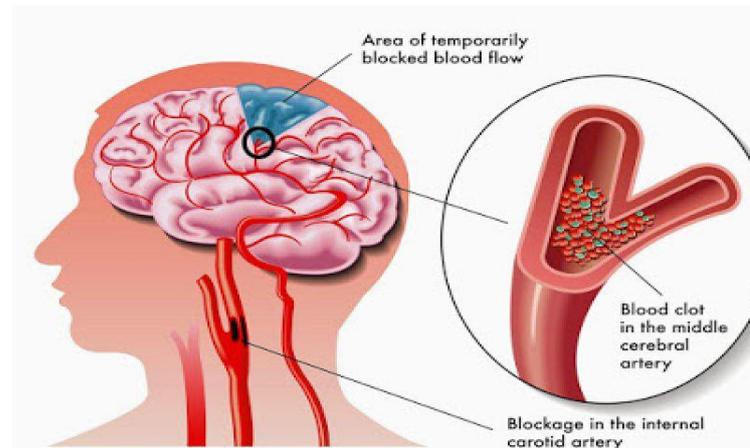
Kasus stroke lebih sering terjadi karena asupan alcohol yang berlebih akan menyebabkan kombinasi dari tekanan darah tinggi dan terganggunya proses mekanisme pembekuan darah. Stroke hemoragik merupakan terjadinya perdarahan otak sehingga pasokan darah menuju otak menjadi berkurang.

3) Obat-obatan terlarang

Konsumsi metamfetamin dapat meningkatkan resiko stroke, terutama jenis hemoragik, melalui mekanisme hipertensi, vasculitis, toksisitas vascular ataupun vasospasme. Stroke merupakan penyakit yang terbanyak kedua didunia. Faktor resiko yang mendasari stroke bersifat multifactorial, salah satunya adalah penyalahgunaan obat.

4) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, dan makan makanan berkolesterol.

### 2.2.3 Anatomi Fisiologi stroke



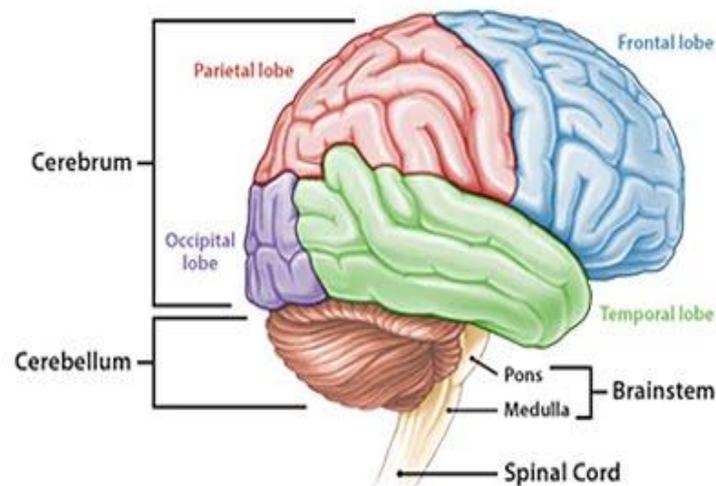
Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Otak

Sumber : (Putri Arum Auliya, Aji Prima, 2020)

Anatomi fisiologi otak :

#### 1. Otak

Otak merupakan organ tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat pengontrol semua alat tubuh yang terdiri dari : serebrum, cerebellum, dan batang otak.



Gambar 2.2 Anatomi otak

Sumber : (Rini nur'aeni y, 2017)

Berat otak manusia sekitar 1400 gram dan tersusun oleh kurang lebih 100 triliun neuron. Otak terdiri dari empat bagian besar yaitu serebrum ( otak besar), serebelum (otak kecil), brainstem ( batang otak), dan diensefalon. Bagian- bagian otak antara lain :

- a. Serebrum : merupakan bagian yang terluas dan terbesar di otak, berbentuk telur, mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Pada otak besar ini ditemukan empat lobus : lobus frontal, parietal, temporal dan oksipital.
- b. Cerebellum : terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata.
- c. Batang otak
  1. Diensefalon, adalah bagian batang otak paling atas terdapat diantara serebrum dan mesensefalon. fungsi diensefalon adalah untuk mengecilkan pembuluh darah, membantu proses persarafan, mengontrol kegiatan reflek dan membantu kerja jantung.
  2. Mesensefalon, atas dari mesensefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol keatas. Pons varoli merupakan penghubung mesensefalon, pons varoli dan serebrum.
  3. Medulla oblongata merupakan bagian otak paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis, setelah itu masih ada lagi beberapa bagian dalam menjalankan fungsi otak antara lain :
    - a) Meningeal adalah selaput yang membungkus otak dan sumsum tulang belakang, melindungi struktur saraf halus yang membawa pembuluh darah dan cairan sekresi (cairan serebrospinalis), memperkecil benturan atau getaran yang terdiri dari tiga lapis, yaitu :
      - 1) Durameter : selaput keras pembungkus otak yang berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat.
      - 2) Arakhnoid : merupakan selaput halus yang memisahkan durameter dengan piameter membentuk sebuah kantong atau balon berisi cairan otak yang meliputi seluruh susunan saraf sentral.
      - 3) Piameter : merupakan selaput tipis yang terdapat pada permukaan jaringan otak.
    - b) System ventrikel  
Terdiri dari beberapa rongga dalam otak yang berhubungan dengan satu sama lainnya kedalam rongga itu, menghasilkan cairan serebrospinalis.

c) Cairan serebrospinal

Adalah hasil dari sekresi pleksus koroid, cairan ini bersifat alkali bening mirip plasma, cairan ini disalurkan oleh pleksus koroid ke dalam ventrikel yang ada dalam otak, kemudian cairan masuk ke dalam kanalis sumsum tulang belakang dan ke dalam ruang subaraknoid dan melalui ventrikularis.

2. Medulla spinalis

Merupakan susunan saraf pusat yang terletak didalam kanalis vertebralis bersama ganglion radiks posterior yang terdapat pada setiap foramen intervertebralis terletak berpasangan kiri dan kanan. Dalam medulla spinalis keluar 31 pasang saraf terdiri dari : servikal 8 pasang, torakal 12 pasang, lumbal 5 pasang, sacral 5 pasang dan koksigial 1 pasang.

3. Saraf perifer

Terdiri dari saraf somatic dan saraf otonom. Saraf somatic adalah susunan saraf yang mempunyai peranan spesifik untuk mengatur aktivitas otot sadar atau serat lintang, sedangkan saraf otonom adalah saraf yang bekerja tidak dapat disadari dan bekerja secara otomatis.

#### 2.2.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut (Moorhead, 2017) strok menyebabkan berbagai defisit neurologis gejala muncul karena daerah otak tertentu yang tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ketempat tersebut, dan bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perkusinya tidak adekuat, dan dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Gejalanya berupa :

1. Umumnya terjadi mendadak disertai nyeri kepala
2. Parashtesia, paresis, plegia Sebagian badan
3. Stroke adalah penyakit motorik neuron atas dan menyebabkan kehilangan control volunteer terhadap gerak motoric, diawal tahapan stroke gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralysis dan hilang atau menurunnya refleks tendon.

4. Dysphagia adalah kesulitan menelan makanan atau cairan yang timbul dari tenggorokan atau kerongkongan, mulai dari kesulitan ringan untuk menyelesaikan dan penyumbatan dengan rasa sakit.
5. Kehilangan komunikasi
6. Gangguan persepsi
7. Perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis
8. Disfungsi kandung kemih

### **2.2.5 Patofisiologi Stroke**

Infark serebral merupakan berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark tergantung pada factor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Sumpai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan local (thrombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau disebabkan oleh gangguan umum (hipoksia karena gangguan jantung).

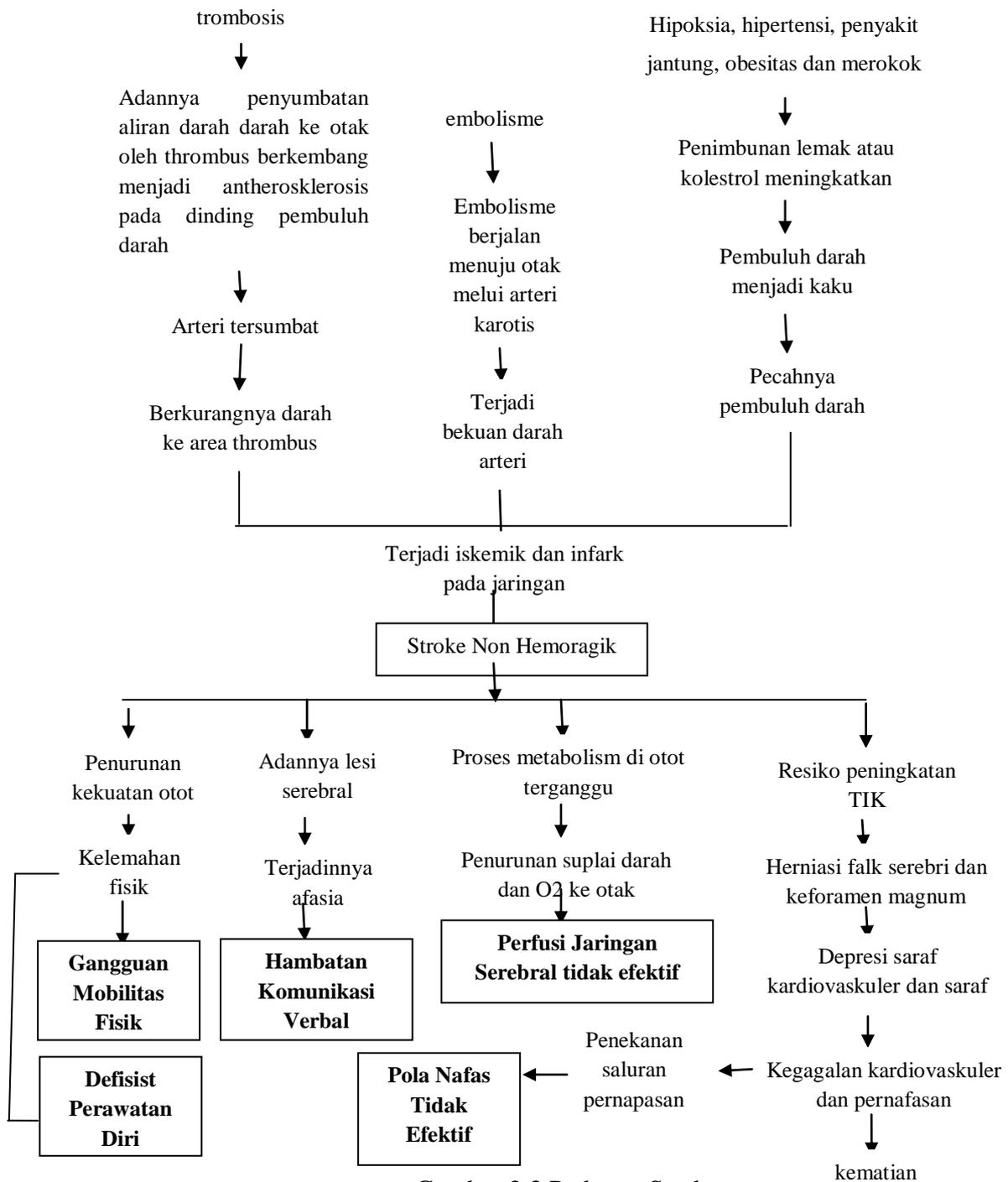
Aterosklerosis sering disebut sebagai faktor penyebab infark pada otak, thrombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada daerah yang stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah, thrombus juga mengakibatkan iskemia pada jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area yang edema ini mengakibatkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri, edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau dalam beberapa hari, dengan berkurangnya edema ini penderita akan menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal jika tidak terjadi pendarahan pasif.

Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis, jika septic infeksi meluas pada pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini

akan menyebabkan perdarahan serebral jika aneurisma pecah atau rupture. Perdarahan pada otak disebabkan karena rupture arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah, perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskuler karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat adalah menyebabkan herniasi otak pada flak serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat terjadi karena kompresi batang otak, hernisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan kebatang otak.

Perembesan darah ke ventrikel terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nucleus kaudatus, thalamus dan pons, jika sirkulasi serebral terhambat dapat berkembang anoksia serebral perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversible untuk waktu 4-6 menit, perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Masjoer, n.d.) dalam (Niken Dian Ningrum, 2020).

**2.2.6 Pathway stroke**



Gambar 2.3 Pathway Stroke

Sumber : (Masjoer, n.d.) dalam (Niken Dian Ningrum, 2020)

### 2.2.7 Komplikasi

Komplikasi neurologis yang dapat terjadi dan cukup berat terjadi pada pasien stroke iskemik adalah :

- a) Edema serebral, dan peningkatan tekanan intracranial yang cukup tinggi dapat menyebabkan herniasi atau kompresi batang otak.
- b) Kejang, biasanya muncul dalam 24 jam pertama pasca stroke dan biasanya parsial dengan atau tanpa berkembang menjadi umum kejang berulang biasanya terjadi 20-80% kasus.
- c) Transformasi Hemoragik, beberapa penelitian menduga pada hampir semua kejadian infark selalu disertai komponen perdarahan seperti petekie. Dengan menggunakan CT-Scan sekitar 5% dari kejadian infark dapat selanjutnya berkembang menjadi transformasi perdarahan. Lokasi ukuran dan etiologi stroke dapat mempengaruhi terjadinya komplikasi ini.

### 2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke menurut (Santoso Lois Elita, 2018) dalam (Dellima Damayanti Reicha, 2019) sebagai berikut :

#### a. Angiografi Serebral

Membantu menemukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

#### b. Elektro Encefalography

Mengidentifikasi pada otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

#### c. Sinar X Tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal, daerah yang berlawanan dari massa, yang meluas klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma ada perdarahan subarachnoid.

#### d. Ultrasonography Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovenal ( masalah system karotis)

#### e. CT-SCAN dan MRI

CT-SCAN memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak

MRI (Magnetic Imaging Reconance) menggunakan gelombang maghnetik untuk mennetukan posisi dan besar luas terjadinya perdarahan otak, hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi atau infark akibat dari hemoragik.

#### f. Pemeriksaan Foto Thoraks

#### g. Pemeriksaan Laboratorium

- a) Pemeriksaan darah rutin : daerah perifer lengkap dan hitung petelet, INR, APTT, serum elektrolit, gula darah, CRP dan LED, fungsi hati dan ginjal.
- b) Pemeriksaan khusus atau indikasi : protein C S AT III, Cardioplin antibodies, Hemocystein, Vasculitis-screening (ANA,Lupus AC), CSF

### **2.2.9 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Stroke**

#### **2.2.9.1 Pengkajian**

Proses keperawatan keluarga adalah metode ilmiah yang digunakan secara sistematis untuk mengkaji dan menentukan masalah Kesehatan dan keperawatan keluarga, merencanakan asuhan keperawatan keluarga dan melaksanakan intervensi keperawatan terhadap keluarga sesuai dengan rencana yang telah disusun dan mengevaluasi mutu yang telah dilaksanakan oleh keluarga.

#### 1. Pengkajian Keluarga

Membagi proses pengkajian keperawatan keluarga kedalam tahap-tahap meliputi identifikasi data, tahap dan riwayat perkembangan, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga dan koping keluarga.

##### 1) Data umum keluarga

##### A. Mengidentifikasi data

Data-data dasar yang digunakan oleh perawat untuk mengukur keadaan pasien dengan memakai norma kesehatan keluarga maupun sosial yang merupakan system integrasi dan kesanggupan untuk mengatasinya. Pengumpulan data pada

klien dengan stroke difokuskan pada komponen-komponen yang berkaitan dengan stroke.

a) Identitas keluarga

Identitas keluarga membantu mengidentifikasi faktor keturunan terhadap penyakit tertentu. Determinan genetic biasanya memegang peranan penting pada mayoritas penderita stroke pengaruh ekonomi terhadap stroke jelas terlihat akibat biaya pengobatan dan hilangnya pendapatan disamping komplikasi. Jenis pekerjaan penderita stroke sewaktu dulu sangat mempengaruhi gaya hidup yang dapat menimbulkan stroke.

b) Latar belakang atau kebiasaan keluarga

a. Kebiasaan Makan

Pola makan keluarga telah bergeser dari pola makan tradisional yang banyak mengandung karbohidrat dan serat dari sayuran ke pola makan yang terlalu berlemak. Pola makan inilah yang menjadi resiko terjadinya stroke.

b. Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan

Pemanfaatan fasilitas Kesehatan merupakan faktor penting dalam pengelolaan klien dengan stroke. Fasilitas kesehatan yang terjangkau memberikan pengaruh yang besar terhadap perawatan dan pengobatan terhadap anggota keluarga yang anggota keluarganya menderita stroke. Bila keluarga mau memanfaatkan fasilitas kesehatan maka dengan rajin mereka akan melakukan kontrol dan memeriksakan dirinya secara teratur apabila ada keluhan lemas-lemas ketempat pelayanan kesehatan terdekat. Pada keluarga yang kurang mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan, maka keluarga hanya memeriksa kesehatannya apabila sakit saja, termasuk Ketika merasakan adanya gejala-gejala yang terkait dengan stroke.

c) Status Social Ekonomi

a. Pendidikan

Pendidikan keluarga akan mempengaruhi keluarga dalam memberikan pengelolaan anggota keluarga yang mengalami stroke. Pendidikan keluarga yang rendah adalah hambatan paling besar yang dihadapi perawat dalam

memberikan asuhan keperawatan keluarga termasuk keluarga dengan masalah stroke.

b. Pekerjaan dan Penghasilan

Penghasilan yang tidak seimbang mempengaruhi keluarga dalam melakukan dan pengobatan pada anggota yang menderita stroke. Salah satu penyebab ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan kesehatan dan perawatan adalah tidak seimbangnya sumber-sumber yang ada dalam keluarga, misalnya keuangan.

c. Aktivitas

Penderita hipertensi yang rutin memeriksakan kesehatan dan rajin meminum obatnya secara teratur akan meminimalkan resiko stroke. Oleh karena itu aktivitas yang berlebihan, termasuk olahraga yang berat dapat menimbulkan stroke.

2) Tingkat Perkembangan dan Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga dimulai dari konsepsi, kehamilan, kelahiran, sampai saat ini termasuk dalam perkembangan dan kejadian-kejadian dan pengalaman Kesehatan yang unik yang berkaitan dengan kesehatan yang terjadi dalam kehidupan keluarga dapat memicu tingkat perkembangan seseorang. Kondisi ini dapat mempengaruhi penyakit yang sedang diderita oleh salah satu anggota keluarga.

3) Data Lingkungan

a. Karakteristik Rumah dan Lingkungan

Lingkungan rumah yang lembab, sinar matahari yang kurang menyebabkan keadaan kurang sehat. Keadaan rumah meliputi ventilasi, penerangan, kebersihan, luas rumah dibandingkan jumlah anggota keluarga akan mempengaruhi terjadinya penyebaran penyakit. Adanya sanitasi lingkungan yang baik meminimalkan terjadinya penyebaran penyakit terhadap anggota keluarga dalam persepsi anggota keluarga yang lain.

b. Perkembangan Keluarga dan Interaksi Terhadap Masyarakat

Hubungan baik, hubungan timbal balik yang saling menguntungkan antar warga sekitar dapat mempengaruhi kehidupan keluarga dan peran anggota keluarga dalam persepsi kesehatan anggota keluarga.

c. Pola Komunikasi

Interaksi antar anggota keluarga yang positif akan menimbulkan rasa saling pengertian satu sama lain dalam menumbuhkan keharmonisan dalam keluarga.

d. Struktur Kekuasaan

Pada masyarakat Indonesia kebanyakan memegang kekuasaan yang lebih dominan adalah partial yaitu pemegang kekuasaan yang tertinggi dipihak ayah.

e. Struktur Peran

Peran atau status peran dalam keluarga dan masyarakat mempengaruhi gaya hidupnya, peran dalam keluarga terbagi dalam peran sebagai suami, ayah, ibu, anak, kakak, adik, cucu dan yang lainnya.

f. Nilai -Nilai Dalam Keluarga

Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga adalah yang bertentangan dengan masalah stroke seperti halnya pergi ke dukun, dan bukan pada petugas kesehatan.

4) Fungsi keluarga

1) Fungsi efektif

Hal yang perlu dikasi yaitu gambaran dari anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya dan seberapa jauh keluarga saling asuh dan saling mendukung hubungan baik dengan orang lain, menunjukkan rasa empati, perhatian terhadap perasaan klien dengan stroke.

2) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, penghargaan, hukuman dan perilaku serta memberi dan menerima cinta.

3) Fungsi perawatan keluarga

Dikaji bagaimana keluarga dapat melakukan perawatan keluarga melalui :

- a) Mengetahui masalah terkait stroke
- b) Mengambil keputusan yang tepat untuk mengobati stroke
- c) Merawat anggota keluarga yang sakit stroke

d) Memelihara lingkungan rumah yang mendukung Kesehatan klien dengan stroke.

e) Memanfaatkan fasilitas Kesehatan untuk klien stroke

4) Fungsi reproduksi

Mengetahui keluarga dalam merencanakan jumlah anak, hubungan seksual suami istri masalah yang muncul jika ada.

5) Fungsi ekonomi

Menjelaskan sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan, serta sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status Kesehatan keluarga.

a) Stress dan coping keluarga

1) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan menyelesaikan dalam waktu kurang dari enam bulan.

2) Stressor jangka Panjang

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Stressor dikaji sejauh mana keluarga berepon terhadap masalah.

4) Strategi coping yang digunakan

Dikaji strategi coping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan atau stress.

5) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan mengenai strategi disfungsional yang digunakan keluarga dalam menghadapi permasalahan atau stress.

b) Pemeriksaan fisik

Meliputi pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital. (tensi, RR, BB, LL, Nadi, Suhu, TB, LB, LK).

c) Pemeriksaan cepalo caudal

Meliputi pemeriksaan kepala dan rambut, telinga, mata, mulut, gigi, lidah, leher dan tonsil.

d) Pemeriksaan paru

Pemeriksaan paru dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan pada paru-paru meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

e) Pemeriksaan abdomen

Pemeriksaan abdomen dapat dilakukan dengan inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

f) Pemeriksaan penunjang

Dilakukan untuk memeriksa adanya gangguan atau mengetahui lebih lanjut gangguan atau penyakit yang dialami.

g) Harapan keluarga

Mengetahui harapan keluarga terhadap perawat untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi.

### **2.2.9.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang muncul pada klien dengan stroke menurut (Niken Dian Ningrum, 2020) dalam buku SDKI adalah :

1. Pola nafas tidak efektif
2. Perfusi serebral tidak efektif
3. Gangguan mobilitas fisik
4. Deficit perawatan diri
5. Hambatan Komunikasi Verbal

### **Penentuan Prioritas**

Perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosis keperawatan keluarga dalam satu keluarga. Diagnosis tersebut terdapat empat kriteria yang akan menentukan prioritas diagnose, setiap kriteria memiliki bobotnya masing-masing. Penentuan skala dari setiap kriteria ditentukan dengan mempertimbangkan komponen pembedaan sesuai dengan kondisi terkini yang ada dalam keluarga (Friedman, 2010a).

**Tabel 2.1 Penentuan Prioritas**

<b>NO</b>	<b>KRITERIA</b>	<b>BOBOT</b>
1	Sifat masalah Skala Tidak/ kurang sehat = 3 Ancaman Kesehatan = 2 Keadaan Sejahtera = 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0	2
3	Potensial masalah untuk dicegah Skala : Tinggi : 3 Cukup : 2 Rendah : 1	1
4	Menonjolnya Masalah Skala : Masalah berat harus segera ditangani =2 Ada masalah tapi tidak perlu ditangani =1 Masalah tidak dirasakan = 0	1

Berdasarkan tabel diatas untuk menentuka prioritas terhadap diaagnosa keperawatan keluarga yang ditentukan dapat dihitung dengan menggunakan cara sebagai berikut :

1. Menentukan skore setiap kriteria
2. Skore dibagi dengan angka tertinggi dan dikali bobot dengan rumus

$$\frac{\text{Skore} \times \text{Bobot}}{\text{Angka Tertinggi}}$$

Angka Tertinggi

3. Jumlah skore untuk semua kriteria

### **2.2.9.3 Rencana Keperawatan**

Intervensi menurut (Tim Pokja SIKI SDKI SLKI DPP PPNI, 2018) :

1. D.0005 Pola Nafas Tidak Efektif

a) Definisi : inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

- b) Penyebab : depresi pusat pernafasan, hambatan upaya nafas, deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuscular, gangguan neurologis, imaturitas neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, kecemasan.
- c) Gejala tanda Mayor :
- (DS) : Dispnea
- (DO) : Penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal.
- d) Gejala tanda minor :
- (DS) : Ortopnea
- (DO) : Pernafasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.
- e) Luaran Utama : Pola Nafas
- f) SLKI :
- 1) Frekuensi Pernafasan (3-5)
  - 2) Kedalaman Napas (3-5)
- g) SIKI :
- Intervensi Utama : Manajemen Jalan Nafas
- O: Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- T: Posisikan semi fowler atau fowler
- E: Ajarkan Teknik batuk efektif
- K: Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
2. D.0017 Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
- a) Definisi : beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.
- b) Kondisi Terkait : stroke, cedera kepala, aterosklerotik aortic, infark miokard akut, diseksi arteri, embolisme, endocarditis infeksi, fibrasi atrium, hiperkolestrolema, hipertensi dll.
- c) Luaran Utama : Perfusi Serebral
- d) SLKI :

- 1) Kecemasan (2-4)
- 2) Sakit kepala (2-4)

e) SIKI :

Intervensi Utama:

Pencegahan Syok

O: Monitor tanda/ gejala peningkatan TIK

T: Berikan posisi fowler

K: olaborasi pemberian deuretik

3. D.0054 Hambatan Mobilitas Fisik

a) Definisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Penyebab : kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, kekakuan sendi, gangguan neuromuscular, nyeri dll

c) Gejala dan tanda mayor :

(Subjektif) : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

(Objektif) : kekuatan otot menurun, dan rentang gerak (ROM) menurun.

d) Gejala dan tanda minor :

(Subjektif) : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak.

(Objektif) : sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan tambahan, fisik lemah

e) SLKI:

Luaran Utama : Mobilitas Fisik

1) Kekuatan Otot (3-4)

2) Rentang Gerak (3-4)

f) SIKI:

Intervensi Utama : Dukungan Mobilisasi

O: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

T: Fasilitasi melakukan pergerakan

E: Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

#### 4. D.0109 Defisit Perawatan Diri

a) Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

b) Penyebab : Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuscular, kelemahan, gangguan psikologis dan psikotik, penurunan motivasi atau minat.

c) Gejala dan tanda mayor :

9Subjektif) : Menolak melakukan perawatan diri

(Objektif) : Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri.

d) SLKI:

Luaran utama : Perawatan diri

1) Minat melakukan perawatan diri (2-4)

2) Mempertahankan kebersihan diri (2-4)

e) SIKI :

Intervensi Utama : Dukungan Perawatan Diri

O: Monitor tingkat kemandirian

T: Sediakan lingkungan yang trapeutik

E: Anjurkan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

#### 5. D.0119 Gangguan Komunikasi Verbal

a) Definisi : pPenurunan, perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan menggunakan system symbol.

b) Penyebab : penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuscular, gangguan pendengaran, gangguan muskuluskeletal, kelainan palatum, hambatan fisik, hambatan individu, hambatan psikologis, hambatan lingkungan.

c) Gejala dan tanda mayor :

(Subjektif): tidak ada

(Objektif): tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai.

d) Gejala dan tanda minor :

(Subjektif): tidak ada

(Objektif): Afasia, disfasia, apraksia, disleksia, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh.

e) SLKI :

Luaran Utama: Komunikasi Verbal

1) Kemampuan Berbicara (2-4)

2) Kesesuaian Ekspresi ( 2-4)

f) SIKI :

Intervensi Utama : Promosi Komunikasi : Defisit Bicara

O: Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara

T: Gunakan metode komunikasi alternatif

E: Anjurkan berbicara perlahan

K: Kolaborasi ke ahli patologi bicara atau terapis

## **2.3 Konsep Inovasi Mirror Therapy**

### **2.3.1 Pengertian Mirror Therapy**

Mirror Therapy (Terapi Cermin) adalah terapi rehabilitasi atau Latihan yang mengandalkan dan melatih bayangan atau imajinasi motoric pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual yang akan cenderung ditiru oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan (Putri Arum Auliya, Aji Prima, 2020).

Mirror Therapy adalah terapi rentang gerak rehabilitasi ROM yang sering dilakukan baik unilateral maupun bilateral, sebagai alternatif lain yang bisa diterapkan dan dikombinasikan serta diaplikasikan pada pasien stroke untuk meningkatkan status fungsional sensori motoric dan merupakan intervensi yang bersifat non invasif, ekonomis yang langsung berhubungan dengan system

motoric dengan melatih atau menstimulasi ipsilateral atau korteks sensori motoric kontrateral yang mengalami lesi (Setiyawan et al., 2019).

Mirror Therapy merupakan intervensi yang diinduksi kognitif yang membuat pasien melihat gerakannya dari sisi non paratik melalui cermin setelah menutupi lengan paretik dengan cermin untuk memberi pasien sensasi motoric ilusi dari gerakan normal lengan paretic dan menginduksi ilusi visual sehingga mengakibatkan wilayah otak yang rusak (Novaes et al., 2018).

Dari pengertian diatas Mirror Therapy ( Terapi Cermin) adalah terapi rentang gerak yang mengandalkan bayangan atau imajinasi yang melibatkan saraf motoric yang tujuannya adalah memberikan stimulasi visual kepada bagian tubuh yang mengalami gangguan.

### **2.3.2 Manfaat**

Terapi rentang gerak menggunakan metode *Mirror Therapy* atau terapi cermin ini mengandalkan pembayangan motoric dimana cermin akan memberikan stimulasi pada motoric kotrikal dan spinal melalui efeknya pada pada system neuron cermin, pantulan pada cermin tersebut yang cenderung ditiru oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan, sehingga terapi ini bermanfaat dalam penyembuhan motoric dari tangan dan gerak mulut karena terapi ini melibatkan system mirror neuron yang terdapat didaerah korteks serebri (Putri Arum Auliya, Aji Prima, 2020).

### **2.3.3 SOP (Standar Operasional Prosedur)**

#### **2.3.3.1 Teknik Mirror Therapy**

- a. Terapi Cermin adalah suatu intervensi terapi baru yang difokuskan pada ekstremitas, Latihan terapi cermin adalah bentuk rehabilitasi/Latihan yang mengandalkan dan melihat atau imajinasi motoric pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual kepada otak yang melatih/ menstimulus ipsilateral atau korteks sensori motoric kontrateral yang mengalami lesi, pada saat latihan mirror therapy ini area yang aktif adalah korteks prefrontal area pramotor korteks, korteks parietalis dan otak kecil merupakan area gerakan motoric sehingga stimulasi yang berulang menyebabkan peningkatan kekuatan otot.

- b. Tujuan
  - a) Meningkatkan kemandirian klien melakukan Gerakan
  - b) Meningkatkan kekuatan otot
- c. Indikasi dan Kontra indikasi
  - a) Klien dengan stroke non hemoragik mengalami hemiparesis
  - b) Klien yang mengalami pemburukan kondisi
- d. Alat dan bahan
  - a) Cermin
  - b) Alat pengukur TTV
- e. Prosedur Tindakan

Waktu yang dibutuhkan untuk menjelaskan prosedur dan melakukan tindakan mirror therapy kepada keluarga adalah 35 menit, keluarga dan juga pasien diminta memperhatikan cara melakukan prosedur Tindakan mirror therapy.

Teknik Mirror Therapy dapat dilakukan dengan tiga strategi, yaitu :

- 1) Strategi pertama subjek melihat gerakan tangan yang sehat dicerminkan dan mencoba menirukan gerakan ini dengan tangan yang sakit.
  - 2) Strategi dua subjek membayangkan tangan yang sakit bergerak sebagaimana yang diinginkan (*motor imagery*).
  - 3) Strategi yang ke tiga perawat membantu gerakan tangan yang sakit sehingga sinkron dengan pantulan gerakan pada tangan yang sehat yang terlihat pada cermin.
- 1. Fase Pra Interaksi
    - a) Mencuci tangan
    - b) Mempersiapkan alat dan bahan
  - 2. Fase Orientasi
    - a) Memberikan salam dan memperkenalkan diri
    - b) Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
    - c) Menanyakan kesiapan klien
  - 3. Tahap Kerja
    - a) Menjaga privacy klien
    - b) Mencuci tangan

- c) Posisikan klien duduk dikursi menghadap meja, kedua tangan dan lengan bawah diletakkan diatas meja.
  - d) Sebuah cermin diletakkan didepan tangan pasien, tangan sisi yang sakit diletakkan dibelakang cermin dan tangan yang sehat diletakkan didepan cermin.
  - e) Latihan ini terdiri dari 2 sesi, masing-masing sesi selama 15 menit dengan istirahat selama 5 menit per sesi. Terapi ini dapat dilakukan 5x perminggu selama 7 hari dan dilakukan dipagi hari.
  - f) Lihatlah pantulan tangan kanan anda dicermin, bayangkan seolah-olah ini adalah tangan kiri klien ( jika yang sakitbtangan kiri atau sebaliknya). klien tidak diperbolehkan melihat tangan yang sakit dibalik cermin.
  - g) Lakukan gerakan secara bersamaan pada kedua tangan anggota gerak ata, Gerakan diulangi sesuai intruksi dengan kecepatan constant +1 detik/Gerakan.
  - h) Jika anda tidak bisa menggerakkan tangan yang sakit berkonsentrasilah dan bayangkan seolah-olah anda mampu menggerakkannya sambil tetap melihat bayangan dicermin.
4. Fase Terminasi
- a) Melakukan evaluasi Tindakan
  - b) Membereskan alat dan bahan
  - c) Mencuci tangan
  - d) Mendoakan klien
  - e) Berpamitan dengan klien dan keluarga
  - f) Mendokumentasikan dalam lembar catatan keperawatan.

## **BAB 3**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **3.1 Desain Studi Kasus**

Desain yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah studi kasus. Studi kasus adalah suatu rangkaian kegiatan ilmiah yang dilakukan secara intensif, terinci dan mendalam tentang suatu program, peristiwa, dan aktivitas baik pada tingkat perorangan, sekelompok orang, Lembaga, atau organisasi untuk memperoleh pengetahuan mendalam tentang peristiwa tersebut (Raharjo, 2017).

Studi kasus yang akan dilakukan penulis adalah studi kasus deskriptif tentang mirror therapy untuk melatih kekuatan otot pada klien dengan stroke non hemoragik yaitu dengan cara meletakkan tangan yang sakit dibelakang kaca dan tangan yang sehat diletakkan di depan kaca kemudian tangan yang sehat mulai digerakkan dengan begitu tangan yang sakit akan terstimulasi untuk menggerakkan tangannya juga seperti tangan yang sehat. Studi kasus deskriptif adalah penelitian yang dilakukan dan terfokus pada suatu kasus tertentu untuk diamati dan dianalisis secara cemat sampai tuntas.

#### **3.2 Subyek Studi Kasus**

Subjek studi kasus ini menggunakan 1 klien dengan mengaplikasikan Mirror Therapy untuk melatih kekuatan otot pada klien dengan stroke non hemoragik. Focus studi yang digunakan adalah 1 klien dengan diagnosis stroke non hemoragik, studi kasus ini berfokus pada Tn.P yang bertempat tinggal di Sekaran Rt 01 Rw 04 Banyurojo Mertoyudan, Kabupaten Magelang yang menderita stroke terutama pada Puskesmas Mertoyudan 1 yang dituju sebagai rujukan dalam praktik klinik penulis.

#### **3.3 Fokus Studi**

Fokus studi kasus ini adalah memberikan asuhan keperawatan keluarga pada klien stroke ringan yang berada dikeluarga. Studi kasus ini berfokus pada masyarakat daerah Kabupaten Magelang yang menderita stroke non hemoragik yang

mengalami kelemahan pada otot ekstremitas atas terutama pada lansia laki-laki yang berusia rentang 60 tahun keatas di puskesmas yang dituju sebagai rujukan praktik klinik penulis, dengan penerapan Mirror Therapy ( Terapi Cermin ) untuk mengatasi kelemahan otot pada pasien stroke.

### **3.4 Definisi Operasional Fokus Studi**

Definisi operasional adalah suatu rangkaian yang diberikan melalui praktek keperawatan kepada keluarga untuk membantu menyelesaikan masalah Kesehatan keluarga tersebut dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Reni, 2017). Mirror Therapy (Terapi Cermin) adalah terapi rehabilitasi atau Latihan yang mengandalkan dan melatih bayangan atau imajinasi motoric pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual yang akan cenderung ditiru oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan teknik ini dilakukan 1x sehari dengan durasi 15 menit sebanyak 2 sesi (Putri Arum Auliya, Aji Prima, 2020).

#### **3.4.1 Asuhan Keperawatan Keluarga**

Keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistic yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai focus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Siti Nur Kholifah, 2016).

#### **3.4.2 Gangguan Mobilitas Fisik**

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SIKI SDKI SLKI DPP PPNI, 2018).

#### **3.4.3 Stroke Non Hemoragik**

Sroke iskemik (stroke non hemoregik) adalah kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh sumpai darah ke otak yang terhenti karena adanya thrombus dan embolus (Putri Arum Auliya, Aji Prima, 2020).

#### **3.4.4 Terapi Kaca ( Mirror Therapy )**

Mirror Therapy (Terapi Cermin) adalah terapi rehabilitasi atau Latihan yang mengandalkan dan melatih bayangan atau imajinasi motoric pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual yang akan cenderung ditiru oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan (Putri Arum Auliya, Aji Prima, 2020).

### **3.5 Instrumen Studi Kasus**

Instrumen studi kasus yang digunakan dalam penerapan Mirror Therapy (Terapi Cermin) adalah sebagai berikut :

#### **3.5.1 Lembar pengkajian 32 item**

Lembar pengkajian 32 item digunakan untuk mengkaji informasi dari wawancara dan pemeriksaan pada klien dengan stroke non hemoragik.

#### **3.5.2 Nursing Kit**

Nursing Kit terdiri dari tensi meter dan stetoskop digunakan untuk melakukan pemeriksaan fisik pada klien stroke.

#### **3.5.3 Kursi**

Dalam studi kasus ini, kursi digunakan untuk melatih kekuatan otot menggunakan metode Mirror Therapy klien dapat duduk dengan rileks dalam melakukan Latihan.

#### **3.5.4 Jam atau stopwatch**

Jam atau stopwatch digunakan untuk menghitung durasi Latihan klien dalam melakukan Latihan kekuatan otot menggunakan metode *Mirror Therapy*.

#### **3.5.5 Lembar observasi**

Lembar observasi digunakan untuk memonitor kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan Latihan kekuatan otot menggunakan terapi *Mirror Therapy*.

#### **3.5.6 Kaca**

Dalam kasus ini Kaca digunakan untuk memberikan pantulan pada tangan yang sehat sehingga memberikan stimulus pada tangan yg terganggu untuk bergerak.

#### **3.5.7 Format observasi**

Format Observasi adalah pedoman terperinci yang berisi Langkah-langkah melakukan observasi mulai dari rumusan masalah, kerangka teori untuk menjabarkan perilaku yang akan diobservasi, proses dan tehnik perekaman, kriteria analisis hingga interpretasi.

#### **3.5.8 Lembar persetujuan Tindakan**

Persetujuan Tindakan adalah persetujuan yang diberikan oleh keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap klien.

### **3.5.9 Stetoskop, Sphygmomanometer, dan Thermometer untuk pemeriksaan fisik**

Stetoskop adalah alat bantu pemeriksaan yang umum digunakan untuk mendengarkan suara dari dalam tubuh, salah satunya untuk mendengar suara detak jantung dan mendeteksi kelainannya.

Sphygmomanometer adalah alat yang digunakan untuk mengukur tekanan darah.

Thermometer adalah alat yang dipakai untuk mengukur suhu ( temperature), atau perubahan suhu.

### **3.5.10 Kamera, digunakan untuk mendokumentasikan kegiatan penelitian.**

## **3.6 Metode Pengumpulan Data**

Menurut (Komariyah, 2017) metode pengumpulan data adalah :

### **3.6.1 Wawancara**

Penulis melakukan wawancara dalam pengumpulan data dengan teknik tanya jawab secara langsung terhadap klien atau keluarga yang mempunyai penyakit stroke.

### **3.6.2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Penulis mengumpulkan data dengan cara mengamati langsung pada klien dan keluarga dengan stroke, serta berpartisipasi dengan keluarga klien sebagai orang terdekat klien. Dengan lembar observasi penulis dapat memantau kekuatan otot sebelum dan sesudah diterapkan metode *Mirror Therapy* ( Terapi Cermin).

Melakukan pemeriksaan fisik pada klien untuk mengetahui gangguan mobilitas fisik oleh klien dengan stroke non hemoregik.

### **3.6.3 Studi Dokumentasi**

Dokumentasi merupakan pengumpulan dokumen dan data-data yang diperlukan di dalam permasalahan penelitian kemudian dikaji secara intens sehingga dapat mendukung dan menambah kepercayaan dan pembuktian suatu kejadian. Pada penelitian ini prosedur pengumpulan data dimulai dari pra penelitian dengan melakukan studi pendahuluan. Untuk langkah-langkah pengumpulan datanya adalah sebagai berikut:

### 3.6.4 Studi Literatur

Studi literatur adalah serangkaian kegiatan yang berkenaan dengan suatu metode pada pengumpulan data pustaka, membaca, mencatat, dan mengelola penelitian.

### 3.6.5 Studi Langsung

Praktek langsung merupakan suatu tindakan yang dilakukan perawat tanpa perantara orang lain saat melakukan suatu tindakan terhadap klien, yang artinya semua tindakan harus dilakukan langsung oleh seorang perawat yang terlatih.

### 3.6.6 Studi Kasus

Tabel 3.1 Kegiatan Studi Kasus

NO	KEGIATAN	KUNJUNGAN					
		ke-1	ke-2	ke-3	ke-4	ke-5	ke-6
1	Wawancara	√					
2	Observasi	√	√	√	√	√	√
3	Pemeriksaan Fisik	√	√	√	√	√	√
4	Tindakan Asuhan Keperawatan		√	√	√	√	√

### 3.7 Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini adalah studi kasus individu yang dilakukan oleh penulis dipuskesmas wilayah Kabupaten Magelang khususnya di Puskesmas Mertoyudan 1, dari tanggal 7 juni 2021 – sampai tanggal 13 Juni 2021.

### 3.8 Analisis Data dan Penyajian Data

Analisa data diambil dengan cara menarasikan jawaban -jawaban yang diperoleh dari hasil wawancara. Teknis analisis yang digunakan penulis adalah observasi, pemeriksaan fisik dan pendokumentasian, untuk menghasilkan data yang selanjutnya menerapkan inovasi yang diterapkan kepada klien sesuai dengan jurnal yang ditentukan. Urutan dalam analisis data pada studi kasus ini adalah sebagai berikut :

### **3.8.1 Pengumpulan data**

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi. Kemudian hasil tersebut disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur). Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

### **3.8.2 Mereduksi data**

Data dari hasil wawancara terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, kemudian dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnosis.

### **3.8.3 Kesimpulan**

Dari data yang sudah disajikan, selanjutnya penulis akan melakukan perbandingan dari perubahan yang dapat dilihat dari klien. Maka dapat ditarik kesimpulan mengenai keefektifan dari pemberian mirror therapy untuk mengatasi kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik.

## **3.9 Etika Studi Kasus**

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus yang terdiri dari :

### **3.9.1 Informed consent**

Informed Consent merupakan bentuk dari persetujuan antara penulis dan klien dengan memberikan lembar persetujuan dan diberikan sebelum dilakukan pemeriksaan dan tindakan keperawatan.

### **3.9.2 Anonimty**

Dalam penulisan studi kasus ini memberikan jaminan kepada klien dengan tidak mencantumkan nama klien dalam subjek studi kasus, melainkan menggunakan nama inisial dalam penulisan studi kasus.

### **3.9.3 Confidentiality**

Bentuk etika dalam studi kasus ini dengan memberikan jaminan kerahasiaan klien yang diperoleh dari informasi selama melakukan studi kasus.

### **3.9.4 Justice ( keadilan)**

Etika ini sangat penting dalam proses keperawatan dimana dalam penyusunan studi kasus penulisan harus bersikap adil kepada klien tidak membeda-bedakan

yang dilihat dari agama, ras, dan jenis kelamin. Pengelolaan klien harus dilakukan secara professional, dengan cara tidak membeda-bedakan pasien dan memastikan pasien mendapatkan apa yang seharusnya didapatkan.

### **3.9.5 Nonmaleficence**

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya / cedera fisik dan psikologis pada klien. Tindakan pengobatan harus berpedoman “*primum non nocere*” (yang paling utama adalah jangan merugikan) tidak melukai, tidak menimbulkan bahaya, cedera bagi orang lain atau klien, dengan cara apabila pasien tidak mau diberikan terapi yang sudah dianjurkan walaupun keadaannya memburuk tetapi jika klien menolak maka terapi tetap tidak boleh dilakukan.

### **3.9.6 Beneficence**

Tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada studi kasus ini adalah perawat harus senantiasa berbuat baik sesuai dengan ilmu kiat keperawatan dalam melakukan pelayannya Kesehatan, contohnya adalah dengan menasehati klien tentang perilaku yang harus dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan untuk menghindari resiko buruk yang akan terjadi.

### **3.9.7 Ethical Clearance**

Ethical Clearance atau kelayakan etik merupakan ketegangan tertulis yang diberikan oleh komisi etik penelitian untuk riset yang melibatkan makhluk hidup yang menyatakan bahwa suatu proposal layak dilaksanakan setelah memenuhi syarat.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil dan pembahasan asuhan keperawatan menggunakan pengkajian (Friedman, 2010) yang telah dijelaskan diatas disini penulis menyimpulkan : Pengkajian klien dilakukan pada tanggal 7 Juni 2021, meskipun terjadi kendala keterbatasan gerak pada klien tetapi asuhan keperawatan dapat dilaksanakan dan diikuti dengan baik oleh klien karena klien dan keluarga sangat kooperatif. Data yang telah dikumpulkan oleh penulid meliputi pengkajian 32 item Friedman dan tidak mengalami masalah pada saat pendokumentasian sehingga dapat mendukung pada tahap selanjutnya.

Data yang didapatkan penulis untuk menegakkan 1 diagnosa prioritas yaitu data subjektif Tn. P mengatakan mengalami kelemahan otot sudah 1 tahun yang lalu, klien mengatakan susah untuk menggerakkan tangan kirannya, klien juga mengatakan tidak bisa mengangkattangan kirannya karena merasa lemah. Data objektif Tn. P nampak kesusahan saat diminta untuk menggerakkan tangan kirannya, klien nampak tidak bisa mengangkat tangan kirannya, dari data yang diperoleh dan dari perhitungan skoring yang telah dilakukan, dari 3 diagnosa yang diambil setelah dilakukan perhitungan skoring dan didapatkan hasil bahwa diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik mendapatkan nilai skoring 4 , sedangkan diagnosa Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral memiliki nilai skoring 3 1/3 dan Defisit Perawatan Diri hanya mendapatkan nilai 2 3/2. Jadi dalam hal ini penulis lebih memprioritaskan diagnosa Gangguan mobilitas fisik.

Intervensi yang dibuat oleh penulis untuk mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik dengan mengukur kekuatan otot klien menggunakan ROM pada klien dengan Stroke non hemoragik yang mengalami kelemahan otot kemudian penulis menerapkan *Mirror therapy* yang dilakukan selama 5x pertemuan dalam 1 minggu.

Penulis melakukan implementasi Gangguan Mobilitas Fisik selama 5x pertemuan dalam 1 minggu dengan memonitor tanda-tanda vital dan memonitor kekuatan otot pada klien sebelum dan sesudah melakukan *Mirror Therapy* untuk mengurangi kekuatan otot pada klien dan didapatkan hasil kekuatan otot pada klien berkurang dan saat dilakukan pengukuran kekuatan otot menggunakan ROM terjadi peningkatan dari skor 3 menjadi 4. Selain itu respon klien dan keluarga saat penulis melakukan kunjungan sangat kooperatif sehingga penulis tidak mendapat kendala apapun saat melakukan Tindakan keperawatan keluarga pada Tn. P.

Evaluasi yang didapatkan selama dilakukan 5x kunjungan dalam 1 minggu dengan menerapkan *Mirror Therapy* untuk mengatasi kelemahan otot pada klien dengan Stroke Non Hemoragik yang dirasakan oleh klien sangat berkurang, dari hasil pengukuran ROM yang dilakukan pada awal pertemuan yang didapatkan hasil 3 setelah dilakukan *Mirror Therapy* selama 5x pertemuan dalam 1 minggu mengalami peningkatan ROM menjadi 4, diakhir pertemuan klien nampak sudah bisa mengangkat benda dan memindahkannya. Rencana tindak lanjut yang dilakukan yaitu dengan menganjurkan klien dan keluarga untuk menerapkan *Mirror Therapy* agar mengembalikan kekuatan otot pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. Penulis juga berencana untuk menganjurkan kepada anggota keluarga untuk selalu mendorong klien untuk memeriksa kesehatannya ke pusat Fasilitas Kesehatan terdekat.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan pada keluarga Tn. P dengan Stroke non hemoragik maka saran yang diberikan penulis antara lain :

### **5.2.1 Bagi Klien dan Keluarga**

Keluarga diharapkan mampu memberikan motivasi kepada klien dan klien diharapkan mampu menerapkan latihan *mirror therapy* untuk membantu mengembalikan kekuatan otot pada klien yang mengalami kelemahan *mirror therapy* ini dapat dilakukan dipagi hari.

### 5.2.2 Bagi Profesi Keperawatan

Bagi profesi keperawatan mampu menerapkan latihan mirror therapy dan memperkenalkan terapi tersebut kepada masyarakat terutama untuk klien dengan stroke non hemoragik yang mengalami kelemahan otot.

### 5.2.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan diharapkan mampu mengajarkan dan memberikan contoh bagi masyarakat untuk menerapkan latihan mirror therapy sebagai terapi non farmakologi pada klien dengan stroke non hemoragik yang mengalami kelemahan otot.

## DAFTAR PUSTAKA

- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset Teori dan Praktek*.
- Muhammed, A., Manoj, T., & Sethy, K. (2020). *Jurnal Internasional Publikasi Penelitian dan Review Pengaruh Imagery Therapy ( IT ) dan Mirror Therapy ( MT ) pada Fungsi Tangan Korban Stroke : Studi Banding. 1*, 163–168.
- Oktaffrasya W. Septafani, Shella Mangga Trusilawati, S. (2019). *Jurnal sabhanga. Jurnal Sabhanga, 1*(1), 74–82. <http://e-journal.stikessatriabhakti.ac.id/index.php/sbn1/article/view/21/21>
- Putri Arum Auliya, Aji Prima, O. M. (2020). *Auhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rsud Dr.Mowardi*.
- Kusgiarti, E. (2017). Pengaruh Mirror Therapy Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Di RSUD Kota Semarang. *Jurnal Smart Keperawatan, 4*(1). <https://doi.org/10.34310/jskp.v4i1.95>
- Komariyah. (2017). *Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung : Alfabeta.2017*.
- Masjoer, A. (n.d.). *Stroke Non Hemoragik, Jakarta : Media Aesculapius. 2016*.
- Muliati. (2018). *Laporan Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Puskesmas Kotabaru. 90*.
- Moorhead. (2017). *Nursing Outcome Classification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan Edisi Kelima.Singapore : Elsevier Icn*.
- Nanda Internasional. (2017). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi. 10*.
- Putri Arum Auliya, Aji Prima, O. M. (2020). *Auhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rsud Dr.Mowardi*.

- Pragholapati, A., & Munawaroh, F. (2020). Resiliensi Pada Lansia. *Jurnal Surya Muda*, 2(1), 1–8. <https://doi.org/10.38102/jsm.v2i1.55>
- Rini nur'aeni y. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Cerebral Diruang Kenang Rsud Dr. Soedirman Kebumen.*
- RISKESDAS. (2018). *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun2018.* Diakses Agustus 2018.
- Raharjo, M. (2017). *Studi Kasus Dalam Penelitian Kualitatif. Konsep dan Prosedurnya.*
- Siti Nur Kholifah, N. W. W. (2016). *Keperawatan Keluarga Dan Komunitas.* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Setiawan, S., Nurlily, P. S., & Harti, A. S. (2019). Pengaruh Mirror Theraphy Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rsud Dr.Moewardi. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 6(2), 49. <https://doi.org/10.31596/jkm.v6i2.296>
- Sataloff, R. T., Johns, M. M., & Kost, K. M. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Latihan. *Naskah Publikasi Fiqih.*