



**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN TERAPI
CERMIN DI DESA SRATI KECAMATAN AYAH**

**LITA LEVIA
NIM:A01802442**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK
2020/2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN TERAPI
CERMIN DI DESA SRATI KECAMATAN AYAH**

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan

**LITA LEVIA
NIM:A01802442**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK
2020/2021**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Lita Levia

NIM : A01802442

Program Studi : Keperawatan Program Diploma III

Institusi : STIKes Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan mengambil alihan tulisan atau fikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau fikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan ,maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, 12 Juli 2021

Pembuat Pernyataan



(Lita Levia)

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai Civitas Akademika STIKES Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lita Levia
NIM : A01802442
Program Studi : Keperawatan Program Diploma III
Jenis Karya : KTI (Karya Ilmiah Akhir)

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKES Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif atas karya ilmiah saya yang berjudul "asuhan keperawatan dengan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik dengan terapi cermin di desa srtati kecamatan ayah" Beserta perangkat yang ada (jika di perlukan), dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini. STIKES Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis /pencipta sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di:

Pada tanggal: 12 Juli 2021

Yang menyatakan



(Lita Levia)

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah oleh Lita Levia NIM : A01802442 dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN TERAPI CERMIN DI DESA SRATI KECAMATAN AYAH” telah diperiksa dan disetujui untuk di ujikan.

Gombang, 22 Juli 2021

Pembimbing



Putra Agina Widyaswara Suwaryo.M.Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma III



(Nurlaila.S.Kep.Ns.M.Kep)

LEMBER PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Lita Levia dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN TERAPI CERMIN DI DESA SRATI KECAMATAN AYAH" telah di pertahankan di depan dewan penguji pada tanggal : 03 agustus 2021

Dewan penguji

Penguji ketua

Isma Yuniar.M.Kep

Penguji anggota

Putra Agina W.S.,S.Kep.,Ns.,M.Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma III

Nuriana, S.Kep.Ns., M.Kep

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan masalah.....	7
1.3 Tujuan.....	7
1.4 Manfaat.....	8
BAB II	9
TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik.....	9
2.1.1 Pengkajian.....	9
2.1.2 Diagnosa	13
2.1.3 Perencanaan	14
2.1.4 Pelaksanaan.....	19
2.1.5 Evaluasi.....	20
2.2 Konsep hambatan mobilitas fisik	21
2.2.1 Pengertian	21
2.2.2 Jenis-jenis mobiltas fisik.....	21
2.2.3 Tanda dan gejala hambatan mobilitas fisik.....	22
2.2.4 Etiologi hambatan mobilitas fisik	22
2.2.5 Patofisiologi hambatan mobilitas fisik.....	22
2.2.6 Dampak gangguan mobilitas fisik	23

2.2.7 Manifestasi klinis.....	25
2.2.8 Komplikasi.....	25
2.2.9 Mengukur tingkat kekuatan otot.....	25
2.3 Konsep terapi cermin/mirror therapy	28
2.3.1 Pengertian	28
2.3.2 Standar Operasional Prosedur.....	29
2.3.3 Latihan terapi cermin pada klien hemiparesis.....	37
2.4 Kerangka tiori.....	39
BAB III.....	40
METODE STUDI KASUS	40
3.1 Jenis/desain/rancangan	40
3.2 Subjek studi kasus	40
3.3 Definisi operasional.....	41
3.4 Instrumen studi kasus	42
3.5 Metode pengumpulan data.....	47
3.6 Lokasi & waktu studi kasus.....	48
3.7 Analisis dan penyajian data	48
3.8 Etika studi kasus	49
BAB IV.....	51
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	51
4.1 Hasil studi kasus.....	51
4.2 Pembahasan	66
4.3 Keterbatasan studi kasus.....	74
BAB V.....	76
KESIMPULAN DAN SARAN	76
5.1 Kesimpulan.....	76
5.2 Saran	76
DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN-LAMPIRAN	82

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 kategori tingkat kemampuan aktivitas	13
Tabel 2.2 mengukur kekuatan otot.....	27
Tabel 4.1 kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah di lakukan tindakan terapi cermin.	74



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya, Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI DESA SRATI KECAMATAN AYAH”

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Program Pendidikan Keperawatan Program Diploma Tiga. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. ALLAH SWT yang telah melimpahkan karunia kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan lancar.
2. Ibu Herniyatun, M.Kep., Sp. Mat. selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong.
3. Ibu Nurlaila, S. Kep. Ns., M. Kep. selaku Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga STIKES Muhammadiyah Gombong.
4. Bapak Hendri Tamara Yuda S.Kep.,Ns.M.,Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan penuh selama selama perkuliahan.

Bapak Putra Agina Widyaswara Suwaryo, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing tugas akhir yang penuh dengan rasa sabar dalam memberikan bimbingan, arahan, masukan serta saran dalam proses pembuatan karya ilmiah ini dari awal sampai dengan terselesainya karya ilmiah ini.

5. Ibu Isma Yuniar. M.Kep selaku penguji sidang karya ilmiah yang telah memberikan masukan maupun saran dalam proses pembuatan karya ilmiah ini.
6. Seluruh dosen STIKES Muhammadiyah Gombong dan Staf STIKES Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan fasilitas kepada penulis demi terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Kedua orang tuaku bapak Nasrudin dan ibu Rosyani yang telah memberikan dukungan material dan spiritual, serta motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
8. Siti Rosidatun Munawaroh, Selfa Yunita, Rini Rahmawati dan Ariandi Aan selaku best partner yang selalu membantu serta memberikan dukungan dan saran untuk penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Semoga silaturahmi tetap terjaga diantara kita. Aamiin
9. Teman-teman kos SBT dan berbagai pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang selalu memberikan suport semangat dan telah memberikan cinta kasih sayang serta dukungan dan saran untuk penulis dalam penyusunan karya ilmiah ini. Semoga silaturahmi selalu terjaga diantara kita. Amiin
10. Teman-teman kelas B Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga STIKES Muhammadiyah Gombong angkatan 2018 dan berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan cinta dan kasih sayang kepada penulis selama proses belajar di STIKES Muhammadiyah Gombong sampai terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari masih banyak kekurangan karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman penulis. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran sebagai masukan untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, khususnya di bidang kesehatan.

Gombong, juli 2021

Penulis



Lita Levia

Program Studi D-3 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTI, Juli 2021
Lita Levia¹, Putra Agina Widyaswara Suwaryo²

ABSTRAK
**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK DENGAN TERAPI CERMIN DI DESA SRATI
KECAMATAN AYAH**

Latar belakang : stroke adalah suatu keadaan hilangnya sebagian atau seluruh fungsi neurologis yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh gangguan darah otak karena kurangnya suplai darah. dampak yang ditimbulkan bisa menjadi lumpuh separuh badan. maka untuk mengatasi masalah tersebut bisa dilakukan terapi cermin, selain itu juga bisa dilakukan latihan ROM, terapi akupresur.

Tujuan penelitian : mengetahui pengaruh pemberian terapi cermin untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke.

Metode : penulisan ini menggunakan metode deskriptif yaitu metode ilmiah yang berfungsi mendeskripsikan gambaran terhadap objek tentang apa yang akan diteliti melalui kumpulan beberapa data yang sudah ada.

Hasil : setelah dilakukan penerapan terapi cermin untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan pada pasien satu dari tiga menjadi empat, pasien dua dari dua menjadi tiga, pasien tiga dari tiga menjadi empat.

Kesimpulan : dari hasil penelitian maka terapi cermin bisa meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke.

Rekomendasi : penerapan terapi cermin dapat digunakan untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke.

Kata kunci : stroke, kekuatan otot, terapi cermin

¹Mahasiswa Prodi D-3 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong

²Dosen Prodi D-3 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong

D-3 Nursing Study Program at the
Health Sciences College of Muhammadiyah Gombong
KTI, July 2021
Lita Levia¹, Putra Agina Widyaswara Suwaryo²

ABSTRACT

NURSING CARE WITH PHYSICAL MOBILITY OBSTACLES IN NON-HEMORRIC STROKE PATIENTS WITH MIRROR THERAPY IN SRATI VILLAGE, DISTRICT DADDY

Background : stroke is a condition of partial or complete loss of neurological function that occurs suddenly caused by blood brain disorders due to lack of blood supply. caused can be paralyzed half the body. So to overcome this problem can be done mirror therapy, besides that it can also be done ROM exercises, acupressure therapy.

The purpose of the study : to determine the effect of giving mirror therapy to increase muscle strength in stroke patients.

Method : This writing uses a descriptive method, namely the scientific method that serves to describe the description of the object about what will be studied through a collection of several existing data.

Results : after applying mirror therapy to increase muscle strength in stroke patients, the results showed that there was an increase in patients one from three to four, patients two from two to three, patients three from three to four.

Conclusion : from the results of the study, mirror therapy can increase muscle strength in stroke patients.

Recommendation : the application of mirror therapy can be used to increase muscle strength in stroke patients.

Keywords : stroke, muscle strength, mirror therapy

¹Student of D-3 Nursing Study Program STIKES Muhammadiyah Gombong

²Lecturer of D-3 Nursing Study Program STIKES Muhammadiyah Gombong

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Stroke termasuk penyakit serebrovaskuler yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak, yang disebabkan karena terjadinya sumbatan atau penyempitan pembuluh darah atau bisa juga terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Perubahan pola hidup seperti makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja yang berlebihan serta konsumsi makan yang cepat saji menjadi kebiasaan yang berpotensi memicu serangan stroke (Agilia, 2019).

Menurut World Health Organization (WHO) stroke yaitu gejala yang mendefinisikan suatu gangguan fungsional otak secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal atau global dalam kurun waktu 24 jam atau lebih (Nia, 2020). Stroke yaitu suatu kondisi penyakit yang disebabkan karena terhentinya aliran darah yang mensuplai ke otak secara tiba-tiba, baik karena adanya sumbatan atau rupturnya pembuluh darah. Stroke sendiri ada 2 macam yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik atau stroke iskemik. Stroke hemoragik merupakan kondisi pecahnya salah satu arteri dalam otak yang memicu perdarahan disekitar organ tersebut sehingga aliran darah pada sebagian otak berkurang/putus. Sedangkan stroke non hemoragik merupakan suatu gangguan peredaran darah ke otak akibat tersumbatnya pembuluh darah tanpa terjadinya suatu perdarahan, sebagian besar pasien atau 83% stroke non hemoragik (Riyana & I made, 2020)

Stroke non hemoragik yaitu stroke yang terjadi hampir 80% dari jenis stroke yang ada. Stroke yang terlambat ditangani akan mengakibatkan kelumpuhan luas dan gangguan kognitif dengan demikian penanganan harus diberikan secepat mungkin untuk menurunkan angka cacat fisik akibat stroke (Muhammad, Suci, & Def, 2019)

Menurut WHO (2016) dari 33 juta stroke di dunia lebih dari 12 juta yang tersisa dengan cacat. sekitar 90% pasien terserang stroke tiba-tiba mengalami kelumpuhan atau kelemahan sebagian anggota badan. kelumpuhan atau kelemahan ini sering kali terjadi pada saat pasien keluar dari rumah sakit dan biasanya kelemahan tangan lebih berat dari pada kelemahan kaki. dampak yang sering muncul yaitu terjadinya gangguan mobilitas fisik terutama terjadi hemiplegia hemiparesis (Mawarti, et al, 2012). pada pasien stroke, 70-80% mengalami hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu bagian sisi tubuh) dengan 20% akan mengalami peningkatan fungsi motorik /kelemahan otot pada anggota ekstremitas bila tidak mendapatkan pilihan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke. pasien yang mengalami hambatan mobilitas/kelemahan (hemiparesis) baik sisi kiri atau sisi kanan dengan rata-rata kekuatan otot skala 2 (0-5) yang disebabkan karena mekanisme hemiparesis. (Setiyawan, Pipit, & Agnes, 2019)

Pasien yang menderita penyakit stroke tentunya akan mengalami berbagai problematika keterbatasan dan hambatan kesemua tingkat termasuk struktur tubuh, fungsi tubuh, aktifitas dan partisipasi lingkungan, sehingga penderita stroke sangat membutuhkan peran keluarga atau orang lain sebagai pendamping dalam aktifitas sehari-hari demi memenuhi kebutuhan dirinya yang mengalami gangguan akibat sakit yang di hadapi oleh mereka sebagai pasien maupun bagi keluarga sebagai orang terdekatnya (Nurul, 2019)

Menurut nastati (2018) faktor penyebab stroke diantaranya hipertensi, kadar glukosa, dislipidemia, hipergulosa, dan kolestrol darah yang tinggi, penyakit jantung, faktor prilaku merokok, konsumsi alkohol, kurang aktifitas fisik, kurang konsumsi buah dan sayur, stres dan penyebab lainnya (Nurul, 2019). Cara mengatasi masalah ini di perlukan strategi penanggulangan stroke antara lain mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative dengan menggunakan sistem asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. aspek promotif yaitu tindakan penyuluhan tentang stroke, penyebab dan tanda gejala. tindakan preventif yaitu mendorong masyarakat supaya tetap melakukan pola hidup sehat dan rajin cek tekanan darah. tindakan

kuratif merupakan suatu penanganan stroke yang cepat, tepat dan akurat di rumah sakit yang maksimal sedangkan tindakan rehabilitasi yaitu pemulihan aktifitas pasca stroke yang bisa kolaborasi dengan terapis.

Menurut WHO (2010) dalam jurnal aini 2013, stroke telah menjadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia. Jumlah penderita stroke di Indonesia berdasarkan sensus kependudukan dan demografi Indonesia (SKDI) sebanyak 3.600.000 setiap tahun dengan prevalensi 8,3 per 1000 penduduk. Tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal dengan kasus stroke. Penderita stroke 60,7% disebabkan oleh stroke non hemoragik, sedangkan 36,6% disebabkan oleh stroke hemoragik setiap tahun diperkirakan 500 ribu penduduk Indonesia akan terkena stroke (Elsi & Handi, 2019). Kasus stroke di wilayah perkotaan 33 provinsi dan 440 kabupaten mengumpulkan sebanyak 258.366 sampel rumah tangga perkotaan dan 987.205 sampel anggota rumah tangga.

Prevalensi stroke di Jawa Tengah pada umur ≥ 15 tahun mencapai 12,3%. Pada tahun 2014 penyakit stroke dalam kategori penyakit tidak menular menjadi urutan nomor tujuh (2,08%) dan pada tahun 2015 meningkat menjadi urutan nomor lima (2,64%) (DINKES Provinsi JATENG, 2015). Berdasarkan data dinas kesehatan Kota Surakarta tahun 2016 jumlah penderita stroke di Surakarta berjumlah 952 pada tahun 2016 dengan kasus baru mencapai 365 orang. Jumlah kasus stroke pada semua kelompok usia meningkat dari tahun 2011-2012 menurun pada tahun 2013. Pada tahun 2015 sebanyak 222 orang. Tahun 2016 sebanyak 246 orang. Sedangkan pada tahun 2017 bulan Januari-November meningkat sebanyak 729 orang. Dapat dilihat bahwa penyakit stroke mengalami peningkatan setiap tahunnya (Setiyawan, Pipit, & Agnes, 2019). Dan prevalensi stroke di Kabupaten Kebumen menduduki posisi nomor enam dari penyakit tidak menular terdapat 137 kasus stroke (DINKES Kabupaten Kebumen, 2015).

Komplikasi stroke tergantung dari bagian atau sisa mana yang terkena rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya peningkatan tekanan sirkulasi kolateral pada stroke (Padila 2012). Pada pasien stroke akut biasanya mengalami (1) kelumpuhan wajah atau anggota gerak badan sebelah (hemiparesis) yang timbul

secara mendadak (2) penurunan kesadaran (3) afasia (4) disatra (5) gangguan diplopia (6) ataksia (7) vertigo.hemiparesis yaitu faktor yang menjadi penyebab hilangnya mekanisme reflek postural normal,seperti mengontrol siku untuk bergerak,mengontrol gerak kepala untuk keseimbangan,rotasi tubuh untuk gerak-gerak fungsional pada ekstremitas.gerak fungsional yaitu gerak yang di stimulasi secara berulang-ulang supaya menjadi gerak yang terkoordinasi yang di sadari secara otomatis berdasarkan aktifitas kehidupan sehari-hari (AKS) (Elsi & Handi , 2019)

Dan ada juga yang berpendapat tentang komplikasi dari penyakit stroke yang sering terjadi yaitu dekubitus yang disebabkan karena tidur terlalu lama karena lumpuh sehingga menimbulkan lecet/luka pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat tidur/berbaring.pneumonia terjadi karena biasanya pasien tidak dapat batuk/menelan dengan baik sehingga menimbulkan cairan menumpuk di paru-paru dan selanjutnya akan terinfeksi dan juga karena terlalu lama berbaring akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi (Muhammad, Suci, & Def, 2019)

Hambatan mobilitas fisik yaitu keterbatasan individu pada pergerakan fisik tubuh ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah secara mandiri dan terarah seperti kelemahan otot atau kerusakan fungsi ekstremitas yang di sebabkan oleh suatu penyakit dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik yaitu gangguan neumoskular menurut NANDA.Tujuannya untuk memenuhi kebutuhan aktifitas guna mempertahankan kesehatan,memperbaiki fungsi pernafasan,sirkulasi peredaran darah,pencegahan komplikasi dan memaksimalkan aktifitas perawatan diri (NANDA, 2018).

Mulyatsih (2012) berpendapat,sekitar 90% pasien terserang stroke tiba-tiba akan mengalami kelemahan separo badan.kelemahan atau kelumpuhan yang sering di alami pasien sewaktu di luar rumah sakit dan kelemahn tangan lebih berat di banding kaki.penderita stroke mengalami paralisis dan jika tidak mendapatkan penanganan akan menimbulkan komplikasi seperti gangguan keseimbangan ,konstraktur dan lumpuh permanen (wiwit,2010).

Keadaan hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu bagian tubuh) merupakan suatu faktor yang menjadi salah satu penyebab hilangnya mekanisme refleksi postural normal, seperti untuk mengontrol siku untuk bergerak, mengontrol gerak kepala untuk keseimbangan, rotasi tubuh untuk gerak fungsional pada ekstremitas. Gerak gerak fungsional yaitu gerak harus di stimulasi secara berulang-ulang, supaya terjadinya gerak yang terkoordinasi secara disadari serta menjadi refleksi secara otomatis berdasarkan keterampilan aktifitas kehidupan sehari-hari (AKS).

Hemiparesis yang tidak ditangani dengan baik 30-60 pasien stroke akan mengalami kehilangan penuh pada fungsi ekstremitas dalam kurun waktu 6 bulan pasca stroke. 6 bulan pasca stroke hanya 36% pasien yang mengalami pemulihan kemampuan pada tangan dan 12% menunjukkan pemulihan fungsional, walaupun telah menjalani proses rehabilitasi (Dohle et al, 2017).

Menurut Saryono dan Kamaludin (2019) keterbatasan mobilisasi akan menimbulkan /menyebabkan kehilangan daya tahan tubuh, penurunan masa otot dan penurunan stabilitas. Kondisi otot saat mulai menurun akan mengakibatkan peningkatan pemecahan protein pada individu normal dalam kondisi tirah baring akan mengalami penurunan masa otot atau kekuatan otot rata-rata 3% per hari. Dalam pemenuhan mobilisasi dapat dilakukan dengan cara mempertahankan posisi dalam bentuk postur yang benar, ambulasi dini, melakukan aktifitas sehari-hari, latihan isotonik dan isometrik serta latihan terapi fisioterapi seperti terapi cermin atau mirror therapy.

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke selain medikasi atau obat-obatan yaitu di latih untuk fisioterapi/latihan :seperti latihan beban, latihan resistensi, keseimbangan, hidroterapi dan latihan range of motion (ROM). Fisioterapi yang paling sering dilakukan adalah Range of motion (ROM) yang sudah banyak dilakukan kepada pasien –pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak, tetapi ada satu intervensi terapi baru yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot yang dapat digunakan dan dikombinasikan pada pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak yaitu terapi cermin (mirror therapy).

Latihan terapi cermin ini yaitu suatu bentuk latihan yang mengandalkan pembayangan motorik pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual kepada otak (saraf motorik serebral ipsilateral atau kontralateral untuk pergerakan anggota tubuh hemiparesis) melalui pergerakan tubuh yang akan cenderung ditiru oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan seperti yang terlihat pada cermin (Wang, 2018)

Terapi cermin yaitu terapi pada pasien stroke yang melibatkan system mirror neuron yang terdapat di daerah korteks serebri yang sangat bermanfaat dalam penyembuhan motorik dari tangan dan gerak mulut (Rizzolatti, 2018). Mirror neuron di ketahui sebagai neuron bimodal yang teraktifasi ketika seseorang melakukan atau mengobservasi aktifitas motorik. Aktifitas bilateral dari korteks premotor pernah dilaporkan saat observasi objek yang berkaitan dengan aksi tangan atau lengan. Terapi cermin ini relatif mudah dan termasuk tehnik yang relatif baru, sederhana, murah dan mampu untuk memperbaiki atau meningkatkan fungsi anggota gerak tubuh pada pasien stroke yang dilakukan hanya dengan latihan yang singkat.

Lydia dan kawan-kawan (2011) memberikan terapi cermin selama 20 menit, 2 kali seminggu sebanyak 10 sesi pada 18 pasien stroke fase pemulihan, sebagai program rehabilitasi standar pada paresis anggota gerak. Didapatkan peningkatan signifikan skor Brunnstrom dan FIM self care lebih tinggi pada kelompok mirror di banding kontrol.

Terapi cermin ini bermanfaat pada pasien untuk meningkatkan kekuatan otot pasien yang mengalami kelemahan/gangguan dan mencegah komplikasi perawatan pasca stroke dengan syarat dilaksanakan sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada dan sesuai jadwal minimal seminggu tiga kali. Terapi cermin ini dapat menjadi tindakan mandiri perawat ruangan neurologi dengan syarat status hemodinamik pasien dalam keadaan normal dan kesadaran pasien composmentis. Terapi cermin ini dapat membantu pemulihan fungsi motorik pada tangan yang lemah. Pasien yang menggerakkan ekstremitas atas sambil melihat pantulannya di cermin (yang di posisikan di depan tangan yang

sakit) sehingga menimbulkan ilusi seakan-akan tangan yang lemah akan dapat bergerak normal (machyono, et al., 2018)

Dengan adanya latar belakang permasalahan di atas yang telah penulis uraikan, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pemberian “asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan fokus studi kasus hambatan mobilitas fisik dengan menggunakan terapi cermin”

1.2 Rumusan masalah

1. Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan hambatan mobilitas fisik?
2. Bagaimana terapi cermin dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik?

1.3 Tujuan

1. Tujuan umum
 - a. Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan hambatan mobilitas fisik.
 - b. Menggambarkan tentang studi kasus tentang asuhan keperawatan dengan pemberian terapi cermin dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik
2. Tujuan khusus
 - a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan hambatan mobilitas fisik
 - b. Mendeskripsikan hasil diagnosa hambatan mobilitas fisik dari intervensi sampai dengan evaluasi
 - c. Mendeskripsikan tanda dan gejala sebelum dan setelah di berikan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan hambatan mobilitas fisik dengan menggunakan terapi cermin
 - d. Mendeskripsikan kemampuan dalam melakukan tindakan terapi cermin sebelum di berikan

- e. Mendeskripsikan kemampuan dalam melakukan tindakan terapi cermin sebelum di berikan
- f. Mendeskripsikan kemampuan dalam melakukan tindakan terapi cermin setelah di berikan

1.4 Manfaat

1. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam meningkatkan kemandirian pasien stroke non hemoragik melalui terapi cermin

2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan : menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam pemenuhan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik

3. Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik dan mengimplementasikan prosedur terapi cermin pada asuhan keperawatan stroke non hemoragik

.

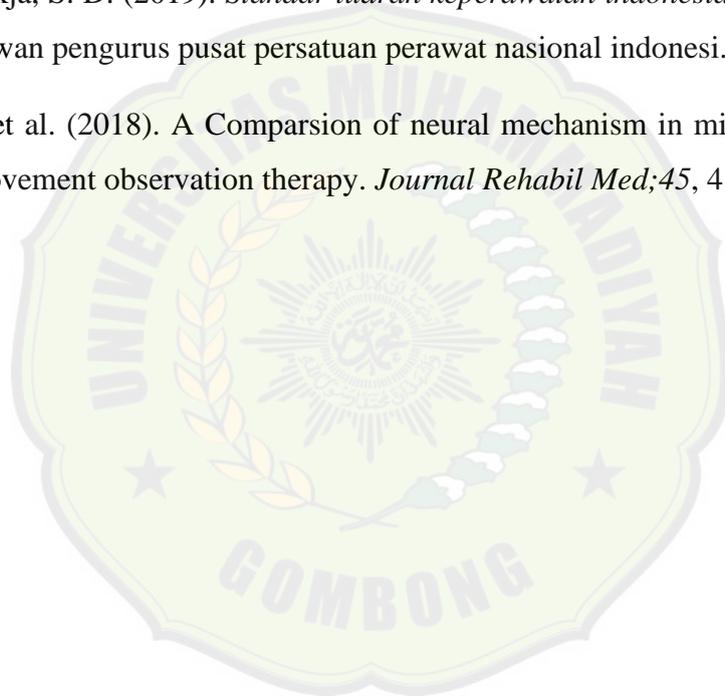


DAFTAR PUSTAKA

- Adarmoyo, S. (2013). *Konsep dan proses keperawatan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Agilia, A. S. (2019). nursing care in hemorrhagic stroke patients with impaired physical mobility. *D3 Nursing Study program*, 1-5.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagnear, C. M. (2013). *Nursing Interventions Clasification (NIC) sixth edition (6th ed)*. United State of America: Elsevier.
- Christian ,et al (2015) mirror therapy promotos recovery from severe hemiparesis : A Randomized con-trolled trial.american society of neurorehabilitation,vol.20 no.10
- Dermawan, R. (2013). *Keperawatan jiwa : konsep dan krangka kerja asuhan keperawatan jiwa* . Yogyakarta: Gosyen Publising.
- Elsi, R., & Handi , R. (2019). pengaruh kekuatan otot pasien stroke non hemoragik dengan hemiparase melalui latihan range of motion (ROM). *JOURNAL OF TELENURSING*, 354-363.
- Gloria, M. B., Howard, K. B., Joanne, M. D., & Cherlyl, M. W. (2018). *Nursing outcomes classification (NOC)* . Yogyakarta: moco media.
- Handi, R. (2019). peningkatan kekuatan otot pasien non hemoragik dengan hemiparase dengan latihan range off motion (ROM). *JOURNAL OF TENURSING*, 354-363.
- Haryono, R., & Utami, M. P. (2019). *Keperawatan medikal bedah*
2.Yogyakarta;Pustaka Baru Press
- Machyono, Andi , K. B., Jumraini , T., Cahyono, K., Abdul, M., & Idham, J. G. (2018). Efektifitas terapi cermin terhadap perbaikan motorik lengan pasien stroke iskemik aku. *Neurona Vol 35*, 93-96.

- Michielsen, M. E., Smith, M., Ribbers, G. M., & Stam, J. H. (2017). The neuronal correlates of mirror therapy : an FMRI study on mirror induced visual ilusions in patiens with stroke. *perbedaan pemberian kombinasi*, 37-41.
- Mohammad , F. (2017). Pengaruh latihan motor imageri terhadap kekuatan otot ekstremitas pada psien stroke. *perbedaan pemberian kombinasi*, 37-41.
- Muhammad, A., Suci, M., & Def, P. (2019). pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke . *jurnal kesehatan printis*, 49-53.
- Naibaho. (2018). Efektifitas terapi cermin terhadap kekuataan otot pada pasien stroke non hemoragik didesa gotakan dan cerme kulon progo yogyakarta tahun 2018. *Petrus jurnal*, 1-11.
- Nia, P. (2020). Perbandingan stroke non hemoragik dengan gangguan motorik pasien memiliki faktor resikodiabetes militus dan hipertensi. *kedokteran umum, universitas malahayati*, 298-304.
- Nurul, H. S. (2019). *Buku seri keperawatan komplementer "Totok punggung" (TOPUNG) untuk penderita stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik*. Malang: Media sahabat cendekia.
- Potter, & Perry. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan : Konsep, proses dan praktik*. Jakarta: EGC.
- PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan indonesia (2nd ed)*. jakarta: Dewan pengurusan pusat PPNI.
- Rahmadani, E. (2019). peningkatan kekuatan otot pasien stroke non hemoragik dengan hemiparase. *journal of telwnursing (JOTING)*, 353-363.
- Riyana, & I Made, D. (2020). Gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan menelan di ruang oleg RSD mangusada. *diploma thesis, poltekkes denpasar keperawatan*, 1-5.

- Rizzolatti, et al (2018). The mirror-neuron system. *Annual Review of neuroscience*.27, 190-203.
- Setiyawan, Pipit, S. N., & Agnes, S. H. (2019). Pengaruh mirror therapy terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 49-52
- Tim Pokja , S. D. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia*. jakarta selatan: Dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesia.
- Tim Pokja, S. D. (2019). *Standar luaran keperawatan indonesia*. jakarta selatan: dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesi.
- Wang, et al. (2018). A Comparison of neural mechanism in mirror therapy and movement observation therapy. *Journal Rehabil Med*;45, 410-415



LAMPIRAN-LAMPIRAN.....

Standar operasional prosedur (sop) terapi cermin

PENGERTIAN	Terapi cermin merupakan suatu intervensi terapi baru yang di fokuskan pada tangan dan kaki yang mengalami gangguan/paresis.
TUJUAN	Untuk menstimulasi otak klien sehingga dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke
KEBIJAKAN	Salah satu cara membantu klien yang sedang mengalami kelemahan pada kekuatan otot pada pasien stroke untuk meningkatkan kekuatan otot klien dengan cara terapi cermin.
PERALATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cermin ukuran 80x40 cm 2. Kursi roda (jika ada)
PROSEDUR	<p>A.TAHAP PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. membawa alat di dekat klien <p>B.TAHAP OERIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memeberi salam sebagai pendekatan terapeutik 2. memperkenalkan diri,menanyakan nama tempat tanggal lahir 3. menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada klien 4. menanyakan kesiapan klien <p>C.TAHAP KERJA</p> <p>Mencuci tangan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. memposisikan pasien,posisi duduk atau setengah duduk menghadapkan ke arah meja,kedua tangan dan lengan bawah di letakkan di atas meja b. cermin diletakkan di mid sagittal yang berada tepat di depan klien.tangan dan kaki yang mengalami kelemahan otot di letakkan di belakang cermin

sementara tangan dan kaki yang sehat di letakkan di depan cermin,atur posisi sehingga klien tidak dapat melihat tangan dan kaki yang sakit.

1.ADAPTASI

a. Berhitung : kedua tangan di letakkan diatas meja,ekstensikan jari satu persatu atau beberapa jari di angkat sekaligus

- Letakkan kedua tangan diatas meja,dengan posisi telungkup,naikkan ibu jari lalu turunkan,dan lanjutkan pada masing-masing jari yang lain
- tunjukkan dari jari kelingking ,lanjutkan pada jari yang lain

b. Abduksi-aduksi jari : kedua tangan di letakkan diatas meja dalam posisi telungkup dengan jari-jari,lalu buka masing-masing jari satu per satu

- letakkan kedua tangan di atas meja dalam posisi telungkup dengan jari-jari rapat,buka jari dimulai dari ibu jari diikuti jari telunjuk dan seterusnya
- buka jari dimulai dari kelingking,lalu jari manis dan seterusnya

2.GERAK DASAR

a. fleksi elbow

- contohkan gerak dasar pada klien,pertama kedua lengan bawah di letakkan di meja,lalu minta pasien untuk mengikutinya
- kedua,lengan bawah terangkat setinggi 45° dari meja dengan kedua siku menumpu di meja
- ketiga,kedua lengan bawah membentuk sudut 90° terhadap meja

b. ekstensi elbow (gerakan mendorong)

ada 2 posisi yaitu interna dan eksterna :

- geser kengan bawah dan mendekati badan
- geser lengan bawah kembali kemeja
- geser lengan bawah menjauhi badan

3.VARIASI

a. Pronasi supinasi forererm

- posisi telapak tangan menghadap ke bawah
- telapak tangan di buka setengah
- telapak tangan menghadap ke atas

b. Grip dan prehension

- letakkan kedua tangan di meja ,lakukan gerakan kedua tangan menggenggam,kedua tangan menggenggam dengan ibu jari di dalam ,jari-jari setengah menekuk,jari-jari lurus dan rapat,jari-jari lurus dan renggang
- Berhutung dengan jari-jari : tunjukan satu,dua,tiga dan seterusnya
- oposisi jari-jari : sentuhkan ibu jari ketelunjuk,sentuhkan ibu jari ke jari tengah dan seterusnya.

D.TAHAP TERMINASI

- 1.merapikan pasien
2. Membaca tahmid dan berpamitan dengan klien
- 3.membereskan alat-alat
- 4.mencuci tangan
5. mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

Pengukuran kekuatan otot pasien

1. Ukur kekuatan otot pada pasien dengan memberi instruksi supaya pasien menggerakkan tubuh ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, lalu berikan penilaian
2. Ekstremitas atas ekstremitas bawah

Nilai kekuatan otot	KETERANGAN
Nilai 0 atau 0%	Paralisis, atau sama sekali tidak ada kekuatan otot
Nilai 1 atau 10%	Kontraksi otot terlihat atau teraba namun sama sekali tidak ada gerakan
Nilai 2 atau 25%	Klien dapat menggerakkan anggota gerak tanpa gravitasi
Nilai 3 atau 50%	Klien mampu menggerakkan anggota gerak untuk menahan gerak gravitasi
Nilai 4 atau 75%	Klien mampu menggerakkan sendi secara aktif dan mampu melawan tahanan dengan minimal
Nilai 5 atau 100%	Klien mampu menggerakkan sendi secara aktif serta mampu melawan tahanan dengan maksimal dengan artian normal

Lembar observasi kekuatan otot pasien

Pasien	Pertemuan ke/tanggal	Kekuatan otot sebelum penerapan (pre)		Kekuatan otot setelah penerapan (post)	
		Atas	Bawah	Atas	Bawah
1	1. senen 07 juni 2021	3/5	3/5	3/5	3/5
	2. selasa 08 juni 2021	3/5	3/5	3/5	3/5
	3. rabu 09 juni 2021	3/5	3/5	3/5	3/5
	4. kamis 10 juni 2021	4/5	4/5	4/5	4/5
	5. jum'at 11 juni 2021	4/5	4/5	4/5	4/5
2	1. senen 07 juni 2021	5/2	5/3	5/2	5/3
	2. selasa 08 juni 2021	5/2	5/3	5/2	5/3
	3. rabu 09 juni 2021	5/2	5/2	5/3	5/2
	4. kamis 10 juni 2021	5/3	5/3	5/3	5/3
	5. jum'at 11 juni 2021	5/3	5/3	5/3	5/3
3	1. senen 07 juni 2021	3/5	3/5	3/5	3/5
	2. selasa 08 juni 2021	3/5	3/5	3/5	3/5
	3. rabu 09 juni 2021	3/5	3/5	3/5	3/5
	4. kamis 10 juni 2021	4/5	3/5	4/5	3/5
	5. jum'at 11 juni 2021	4/5	3/5	4/5	3/5

Penjelasan untuk mengikuti penelitian

(PSP)

1. Kami adalah peneliti berasal dari sekolah tinggi ilmu kesehatan muhammadiyah gombang program studi DIII keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan suka rela dalam penelitian berjudul “asuhan keperawatan dengan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik dengan terapi cermin di desa srati kecamatan ayah”.
2. Tujuan dari penelitian dari studi kasus ini adalah meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke yang memeberikan manfaat berupa motivasi untuk melakukan gerakan pada bagian tubuh terutama yang mengalami kelemahan otot menggunakan terapi cermin, penelitian ini akan di langungkan selama 1 minggu
3. Prosedur pengambilan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara berlangsung lebih kurang 15-20 menit .cara ini mungkin menyebabkan ketidak nyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsetaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlihat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang di berikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahklan menghubungi peneliti pada nomor HP : 082281977065

PENELITI



LITA LEVIA



LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
Sekretariat : Jl. Yos Sudarso no. 461 Gombong Kebumen Telp. (0287)472433
Website: www.stikesmuhammadiyahgombong.ac.id *email : lp3stikesmugo@gmail.com

No : 238.1/IV.3.LPPM/A/VI/2021
Hal : Permohonan Ijin
Lampiran : -

Gombong, 05 Juni 2021

Kepada Yth.
Kepala Desa Srtati Kecamatan Ayah
Di tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Teriring do'a semoga kita dalam melaksanakan tugas sehari-hari senantiasa mendapat lindungan dari Allah SWT. Aamiin

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Keperawatan Program Diploma III STIKES Muhammadiyah Gombong, dengan ini kami mohon kesediaannya untuk memberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Lita Levia
NIM : A01802442
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan dengan Hambatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Terapi Cermin di Desa Srtati Kecamatan Ayah
Keperluan : Ijin Penelitian

Demikian atas perhatian dan ijin yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

An Ketua LPPM
STIKES Muhammadiyah Gombong
Sekretaris



Ariska Dwi Asti, M.Kep



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.320.6/II.3.AU/F/KEPK/VI/2021

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama Lita Levia
Principal In Investigator

Nama Institusi STIKES Muhammadiyah Gombong
Name of the Institution

"ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HAMBATAN
MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN TERAPI CERMIN
DI DESA SRATI KECAMATAN AYAH"

"NURSING CARE WITH PHYSICAL MOBILITY OBSTACLES
IN NON-HEMORRICAL STROKE PATIENTS WITH MIRROR
THERAPY IN SRATI VILLAGE, AYAH DISTRICT"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 03 Juni 2021 sampai dengan tanggal 03 September 2021.

This declaration of ethics applies during the period June 03, 2021 until September 03, 2021.

June 03, 2021
Professor and Chairperson,



DYAH PUJI ASTUTI, S.SIT M.P.H



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
PERPUSTAKAAN
Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412
Website : <http://library.stikesmuhgombong.ac.id/>
E-mail : lib.stimugo@gmail.com

SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J
NIK : 06039
Jabatan : Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini sudah lolos uji cek similarity/plagiasi:

Judul : Asuhan keperawatan dengan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik dengan terapi cermin di desa srati kecamatan ayah"

Nama : Lita Levita
NIM : A01802442

Program Studi : Keperawatan Program Diploma III

Hasil Cek : 18%

Gombong, 19 Juli 2021

Pustakawan

(Desy Setiyawati.....)

Mengetahui,

Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong



(Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J)

Informed Consent

Judul Penelitian:

Asuhan Keperawatan dengan Hambatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Terapi Cermin Di Desa Sрати Kecamatan Ayah

Terimakasih atas waktu anda untuk membaca formulir ini. Formulir informasi dan persetujuan partisipan/responden/partisipan berisi lima (5) halaman. Pastikan anda untuk membaca seluruh halaman yang tersedia.

Anda telah diundang untuk ikut serta dalam penelitian yang penjelasannya sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian, metode, prosedur yang harus dilakukan oleh peneliti dan responden, dan penjelasan tentang bagaimana penelitian berbeda dengan perawatan medis rutin (Pedoman 9);

Menggambarkan penerapan terapi cermin pada pasien stroke non hemoragik untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien yang mengalami hemiparesis.

2. Bahwa responden diundang untuk berpartisipasi dalam penelitian, alasan untuk mempertimbangkan responden yang sesuai untuk penelitian, dan partisipasi tersebut bersifat sukarela (Pedoman 9);

stroke non hemoragik yaitu stroke yang terjadi hampir 80% dari jenis stroke yang ada. stroke yang terlambat ditangani akan mengakibatkan kelumpuhan luas dan gangguan kognitif, dengan demikian penanganan harus diberikan secepat mungkin untuk menurunkan angka cacat fisik akibat stroke. sekitar 90% pasien terserang stroke tiba-tiba mengalami kelumpuhan atau kelemahan sebagian anggota badan. kelumpuhan atau kelemahan ini sering kali terjadi pada saat pasien keluar dari rumah

sakit. dampak yang sering muncul yaitu terjadinya gangguan mobilitas fisik terutama terjadi hemiplegia hemiparesis. sehingga peneliti ingin melakukan penerapan terapi cermin untuk meningkatkan kekuatan otot pasien. responden dalam penelitian ini adalah pasien yang kooperatif dengan keadaran penuh (composmentis) dan juga yang mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, yang bersedia menjadi responden. partisipasi dalam penelitian ini bersifat sukarela. dengan adanya data tersebut, diharapkan kami dapat memberikan rekomendasi kepada pihak yang terkait tentang penerapan terapi cermin pada pasien stroke non hemoragik untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien.

3. Bahwa responden bebas untuk menolak untuk berpartisipasi dan bebas untuk menarik diri dari penelitian kapan saja tanpa penalti atau kehilangan imbalan yang berhak ia dapatkan (Pedoman 9);

Anda memiliki hak untuk ikut maupun tidak ikut serta dalam penelitian ini. Jika anda memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, anda juga memiliki hak untuk mengundurkan diri sewaktu-waktu dari penelitian ini, dan tidak berpengaruh pada proses penelitian.

4. Lama waktu yang diharapkan dari partisipasi responden (termasuk jumlah dan lama kunjungan ke pusat penelitian dan jumlah waktu yang diperlukan) dan kemungkinan penghentian penelitian atau partisipasi responden di dalamnya;

Terapi cermin ini dilakukan pada pagi hari sekitar jam 08.00 waktu terapi dilakukan 1 kali sehari dengan durasi waktu 15-20 menit dan untuk lama kunjungan sebanyak 5 kali kunjungan selama maksimal 30 menit.

5. Kompensasi yang diperoleh selama mengikuti penelitian ini (Pedoman 13)

Anda tidak akan mendapatkan kompensasi secara finansial dari penelitian ini, namun sebagai tanda terimakasih atas keikutsertaan anda dalam penelitian ini, anda akan mendapatkan alat untuk melakukan terapi cermin secara mandiri, alat yang akan di dapat yaitu cermin ukuran 80x40 cm

6. Informasi mengenai hasil jika penelitian telah selesai dilakukan

Setelah dilakukan kegiatan, peneliti akan memberikan hasil penelitian

7. Bahwa setiap responden selama atau setelah penelitian atau pengumpulan data biologis dan data terkait informasi yang sudah diperoleh (lihat juga Pedoman 11);

Responden akan mendapatkan data hasil penelitian yang diisikan secara langsung jika memerlukan.

8. Temuan yang tidak diminta/diharapkan akan diungkapkan jika terjadi (Pedoman 11);

Jika terdapat hasil temuan yang tidak diharapkan maka peneliti akan menghubungi anda.

9. Bahwa responden memiliki hak untuk mengakses data klinis mereka yang relevan yang diperoleh selama penelitian. Dalam hal mana responden harus diberitahu?

Anda sebagai responden memiliki hak untuk mengakses data anda.

- 10.** Rasa sakit dan ketidaknyamanan akibat intervensi eksperimental, risiko dan bahaya yang diketahui, terhadap responden (atau orang lain) yang terkait dengan partisipasi dalam penelitian ini. Termasuk risiko terhadap kesehatan atau kesejahteraan kerabat langsung responden (Pedoman 4);

Penelitian ini merupakan penelitian intervensi yaitu berupa terapi cermin maka dari itu tindakan akan di lakukan beberapa kali untuk memberikan kenyamanan pada responden dalam upaya meningkatkan kekuatan otot klien setelah di lakukan tindakan terapi cermin tersebut.

- 11.** Manfaat klinis potensial, jika ada, karena berpartisipasi dalam penelitian ini (Pedoman 4 dan 9)

Apabila Anda berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda dapat mengetahui bagaimana cara meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke tanpa adanya efek samping dengan menerapkan terapi cermin.

- 12.** Manfaat yang diharapkan dari penelitian kepada masyarakat atau masyarakat luas, atau kontribusi terhadap pengetahuan ilmiah (Pedoman 1)

Diharapkan mampu menjadi alternatif dalam penanganan masalah kelumpuhan atau kelemahan ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah pada pasien stroke non hemoragik dala meningkatkan kekuatan otot pasien.

- 13.** Bagaimana transisi keperawatan setelah penelitian disusun dan sampai sejauh mana mereka akan dapat menerima intervensi penelitian pasca uji coba yang bermanfaat dan apakah mereka akan diharapkan untuk membayarnya (Pedoman 6 dan 9);

Dalam intervensi ini tidak dipungut biaya apapun namun keluarga responden memberikan informasi mengenai kondisi klien setelah dilakukan tindakan terapi cermin dan dapat dilakukan secara mandiri oleh keluarga melalui edukasi yang diberikan sebelum tindakan.

- 14.** Risiko menerima intervensi yang tidak terdaftar jika mereka menerima akses lanjutan terhadap intervensi penelitian sebelum persetujuan peraturan (Pedoman 6);

Tidak relevan

- 15.** Intervensi atau pengobatan alternatif yang tersedia saat ini;

Penelitian intervensi ini sudah sesuai dengan operasional prosedur.

- 16.** Informasi baru yang mungkin terungkap, baik dari penelitian itu sendiri atau sumber lainnya (Pedoman 9);

Apabila terdapat informasi baru selama proses penelitian, maka peneliti akan memperbaharui informed consent

- 17.** Ketentuan yang akan dibuat untuk memastikan penghormatan terhadap privasi responden, dan untuk kerahasiaan catatan yang mungkin dapat mengidentifikasi responden (Pedoman 11 dan 22);

Peneliti akan merahasiakan identitas responden dan data yang disampaikan. Nama tidak dituliskan pada lembar observasi, kode responden yang dipakai berupa inisial huruf depan saja.

- 18.** Batasan, legal atau lainnya, terhadap kemampuan peneliti untuk menjaga kerahasiaan aman, dan kemungkinan konsekuensi dari pelanggaran kerahasiaan (Pedoman 12 dan 22)

Semua data akan dirahasiakan. Responden hanya berhak mengakses datanya sendiri.

19. Sponsor penelitian, afiliasi institusional para peneliti, dan sifat dan sumber pendanaan untuk penelitian, dan, jika ada, konflik kepentingan peneliti, lembaga penelitian dan komite etika penelitian dan bagaimana konflik ini akan terjadi. Dikelola (Pedoman 9 dan 25);

Penelitian ini tidak di sponsori oleh pihak manapun dan penelitian ini bersifat mandiri/ biaya sendiri

20. Apakah peneliti hanya sebagai peneliti atau selain peneliti juga dokter responden (Guideline 9);

Peneliti hanya sebagai peneliti saja

21. Kejelasan tingkat tanggung jawab peneliti untuk memberikan perawatan bagi kebutuhan kesehatan responden selama dan setelah penelitian (Pedoman 6);

Prosedur tindakan terapi cermin ini membutuhkan waktu sekitar 15-30 menit satu kali dalam sehari. Menjelaskan kepada responden bahwa tindakan terapi cermin ini dilakukan sesuai dengan SOP yang berlaku dan beritahukan kepada responden bahwa peneliti sudah melakukan pelatihan terapi cermin, kemudian dijelaskan juga manfaat setelah dilakukan terapi cermin. Apabila pada saat penerapan terapi cermin responden tidak fokus dan kurang konsentrasi ditunda terlebih dahulu dan istirahat responden diberikan minum terlebih dahulu agar bisa fokus dan konsentrasi kembali. Setelah responden bisa berkonsentrasi lagi, tindakan dilanjutkan kembali agar mengetahui efektifitas dari penerapan terapi cermin dalam meningkatkan kekuatan otot pasien setelah beberapa kali dilakukan tindakan terapi cermin.

22. Bahwa pengobatan dan rehabilitasi akan diberikan secara gratis untuk jenis cedera terkait penelitian tertentu atau untuk komplikasi yang terkait dengan penelitian, sifat dan durasi perawatan tersebut,

Apabila ada cedera yang diakibatkan dari prosedur penelitian, maka peneliti bersedia bertanggung jawab dengan melakukan perawatan di RS setempat.

23. Dengan cara apa, dan oleh organisasi apa, responden atau keluarga responden atau orang-orang yang menjadi tanggungan akan diberi kompensasi atas kecacatan atau kematian akibat luka tersebut (atau perlu jelas bahwa tidak ada rencana untuk memberikan kompensasi semacam itu) (Pedoman 14) ;

Penelitian tidak akan menimbulkan kecacatan ataupun kematian

24. Apakah ada atau tidak, hak atas kompensasi dijamin secara hukum di negara tempat calon responden diundang untuk berpartisipasi dalam penelitian?

Tidak ada kompensasi yang diterima

25. Bahwa komite etika penelitian telah menyetujui protokol penelitian (pedoman 23);

Komite etika STIKES Muhammadiyah Gombong telah menyetujui protokol penelitian ini

26. Bahwa mereka akan diinformasikan dalam kasus pelanggaran protokol dan bagaimana keselamatan dan kesejahteraan mereka akan terlindungi dalam kasus seperti itu (Pedoman

Penelitian ini telah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian STIKES Muhammadiyah Gombong

**FORMULIR PERSETUJUAN UNTUK
BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN**

Judul Penelitian :

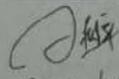
Asuhan Keperawatan dengan Hambatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Terapi Cermin Di Desa Srati Kecamatan Ayah

Saya (Nama Lengkap) :

- Secara sukarela menyetujui bahwa saya terlibat dalam penelitian di atas.
- Saya yakin bahwa saya memahami tentang tujuan, proses, dan efek yang mungkin terjadi pada saya jika terlibat dalam penelitian ini.
- Saya telah memiliki kesempatan untuk bertanya dan saya puas dengan jawaban yang saya terima
- Saya memahami bahwa partisipasi saya dalam penelitian ini bersifat sukarela dan saya dapat keluar sewaktu-waktu dari penelitian
- Saya memahami bahwa saya akan menerima salinan dari lembar pernyataan informasi dan persetujuan

Nama dan Tanda tangan responden	 N.S	Tanggal	09 Juni 2021
		No. HP	
Nama dan Tanda tangan saksi	 N.Y.B	Tanggal	09 Juni 2021
Nama dan Tanda tangan wali (jika diperlukan)		Tanggal	

Saya telah menjelaskan penelitian kepada partisipan yang bertandatangan diatas, dan saya yakin bahwa responden tersebut paham tentang tujuan, proses, dan efek yang mungkin terjadi jika dia ikut terlibat dalam penelitian ini.

Nama dan Tanda tangan peneliti	 (Lita Levina)	Tanggal	09 Juni 2021
		No HP	082281927065

**FORMULIR PERSETUJUAN UNTUK
BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN**

Judul Penelitian :

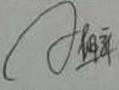
Asuhan Keperawatan dengan Hambatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Terapi Cermin Di Desa Srafi Kecamatan Ayah

Saya (Nama Lengkap) :

- Secara sukarela menyetujui bahwa saya terlibat dalam penelitian di atas.
- Saya yakin bahwa saya memahami tentang tujuan, proses, dan efek yang mungkin terjadi pada saya jika terlibat dalam penelitian ini.
- Saya telah memiliki kesempatan untuk bertanya dan saya puas dengan jawaban yang saya terima
- Saya memahami bahwa partisipasi saya dalam penelitian ini bersifat sukarela dan saya dapat keluar sewaktu-waktu dari penelitian
- Saya memahami bahwa saya akan menerima salinan dari lembaran pernyataan informasi dan persetujuan

Nama dan Tanda tangan responden		Tanggal	07 Juni 2021
		No. HP	
Nama dan Tanda tangan saksi		Tanggal	07 Juni 2021
Nama dan Tanda tangan wali (jika diperlukan)		Tanggal	

Saya telah menjelaskan penelitian kepada partisipan yang bertandatangan diatas, dan saya yakin bahwa responden tersebut paham tentang tujuan, proses, dan efek yang mungkin terjadi jika dia ikut terlibat dalam penelitian ini.

Nama dan Tanda tangan peneliti	 (Lita Levina)	Tanggal	07 Juni 2021
		No HP	0822 8197 7065

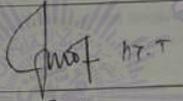
**FORMULIR PERSETUJUAN UNTUK
BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN**

Judul Penelitian :

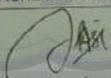
Asuhan Keperawatan dengan Hambatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Terapi Cermin Di Desa Sraji Kecamatan Ayah

Saya (Nama Lengkap) :

- Secara sukarela menyetujui bahwa saya terlibat dalam penelitian di atas.
- Saya yakin bahwa saya memahami tentang tujuan, proses, dan efek yang mungkin terjadi pada saya jika terlibat dalam penelitian ini.
- Saya telah memiliki kesempatan untuk bertanya dan saya puas dengan jawaban yang saya terima
- Saya memahami bahwa partisipasi saya dalam penelitian ini bersifat sukarela dan saya dapat keluar sewaktu-waktu dari penelitian
- Saya memahami bahwa saya akan menerima salinan dari lembar pernyataan informasi dan persetujuan

Nama dan Tanda tangan responden	 HT-T	Tanggal	07 Juni 2021
Nama dan Tanda tangan saksi	 N.T.P	Tanggal	07 Juni 2021
Nama dan Tanda tangan wali (jika diperlukan)		Tanggal	

Saya telah menjelaskan penelitian kepada partisipan yang bertandatangan diatas, dan saya yakin bahwa responden tersebut paham tentang tujuan, proses, dan efek yang mungkin terjadi jika dia ikut terlibat dalam penelitian ini.

Nama dan Tanda tangan peneliti	 (Lita levin)	Tanggal	04 Juni 2021
		No HP	0822 8197 7065



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MUHAMMADIYAH GOMBONG

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Lita Levia
NIM /NPM : A01802442
NAMA PEMBIMBING : Putra Agina W.S., S.Kep.Ns., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	05 Januari 2020	Pengajuan judul dan langsung revisi judul	
2	11 November 2020	Pengajuan BAB 1	
3	14 November 2020	Pengajuan revisi BAB 1	
4	9 Januari 2021	Pengajuan BAB 2	
5	11 Januari 2021	Pengajuan revisi BAB 2	
6	18 Januari 2021	Pengajuan BAB 3	
7	20 Januari 2021	Pengajuan revisi BAB 3	
8	21 Januari 2021	Acc proposal	
9	03 Maret 2021	Pengajuan revisi proposal setelah seminar	
10	06 Maret 2021	Acc proposal	
11	6 Juli 2021	Pengajuan bab 4 dan 5	

12	7 Juli 2021	Pengajuan revisi bab 4 dan 5	
13	15 Juli 2021	Pengajuan bab 1-5 dan lampiran-lampiran dan askep	
14	22 Juli 2021	Pengajuan revisi bab 1-5 dan lampiran-lampiran	
15	23 Juli 2021	Acc	
16	09 Agustus 2021	Pengajuan revisi karya tulis ilmiah	
17	12 Agustus 2021	Acc karya tulis ilmiah	

Mengetahui
Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma
III



(Nurlaila.S.Kep.Ns.M.Kep)

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar :-

Diare

Muntah

Luka Bakar

Perdarahan

Kelembaban Kulit : Lembab Kering

Turgor : Baik Kurang

Luas Luka Bakar : % Grade :

Produksi Urine :-cc

Resiko Dekubitus : Tidak Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut



L



ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM	TTD
1	<p>DS : Pasien mengatakan mengalami kelemahan anggota gerak kanan dan semua aktifitas di bantu keluarga.</p> <p>DO : 1. Pasien mengalami hemiparesi dexsra 2. pergerakan terbatas 3. tangan dan kaki kanan lemah 4. ADL di bantu keluarga 5. kekuatan otot Ekstremitas kanan 3/3 Ekstremitas kiri 5/5</p>	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Neuromuskular	

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan neuromuskular.

INTERVENSI KEPERAWATAN

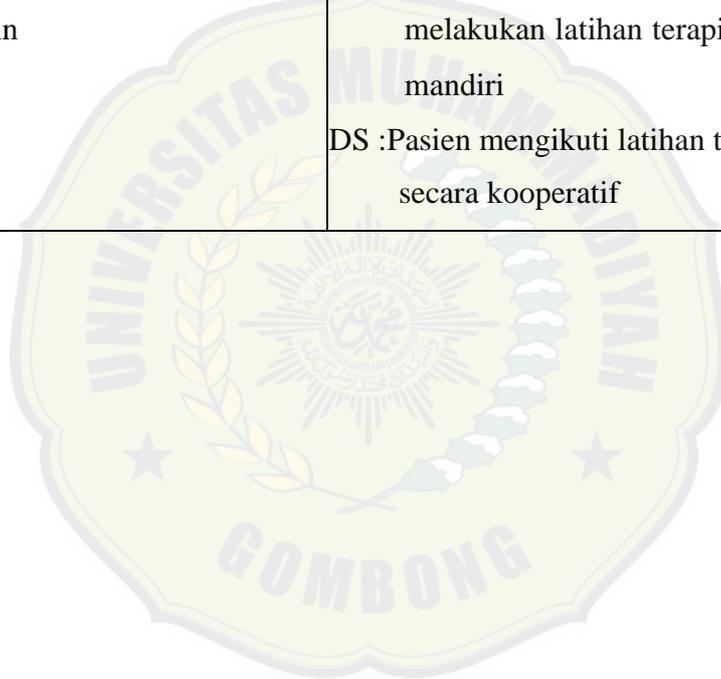
NO DX	HARI/TGL/ JAM	NOC	INTERVENSI	TTD												
1	Senin, 07 Mei 2021 Jam 08:30 wib	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 30 menit diharapkan masalah pasien teratasi dengan kriteria hasil sbb:</p> <table border="1" data-bbox="464 521 831 748"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas atas</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas bawah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pergerakan sendi</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat berat 2. Berat 3. Cukup 4. Ringan 5. Tidak ada 	Indikator	A	T	Kelemahan ekstremitas atas	2	4	Kelemahan ekstremitas bawah	2	4	Pergerakan sendi	2	4	<p>Melakukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital (6680) 2. Posisikan fowler 3. Mengkaji kekuatan otot pasien 4. Mengevaluasi latihan terapi cermin 5. Ajarkan latihan terapi cermin 	
Indikator	A	T														
Kelemahan ekstremitas atas	2	4														
Kelemahan ekstremitas bawah	2	4														
Pergerakan sendi	2	4														

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tgl/jam	DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
Senin,07 Juni 2021 Jam 08.30	1	Monitor tanda-tanda vital	DS : - DO:TD:160/73 mmHg, N :103x/menit,R: 22x/menit, S : 36,7 ⁰ C	
08.35	1	Memposisikan pasien fowler	DS :Pasien mengatakan mau di posisikan fowler DO :Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler	
08.37	1	Mengkaji kekuatan otot pasien	DS :Pasien mengatakan anggota gerakanya mengalami kelemahan sejak 2 bulan lalu DO : 1. kekuatan otot ekstremitas kanan 3/3 2. Ekstremitas kiri 5/5	
08.40	1	Mengenalkan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan belum mengetahui prosedur dan manfaat latihan terapi cermin DO:Pasien tampak belum mengerti mengenai terapi cermin	
08.42	1	Mengajarkan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan bersedia dilakukan tehnik terapi cermin DS :Pasien kooperatif mengikuti prosedur terapi cermin yang diajarkan.	
Selasa,08 Juni 2021 08.30 wib	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:- DO:TD:140/80 mmHg, N :98x/menit, R: 21x/menit S : 36,7 ⁰ C	
08.32	1	Memberikan posisi fowler	DS :Pasien mengatakan mau untuk di posisikan fowler DO :Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler yang diberikan	
08.35	1	Mengkaji kekuatan otot pasien	DS :Pasien mengatakan anggota gerakanya mengalami kelemahan sejak 2 bulan lalu DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas kanan 3/3 2. Ekstremitas kiri 5/5	
08.38		Melakukan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan tehnik terapi cermin	

			DS :Pasien sangat kooperatif mengikuti prosedur terapi cermin yang diajarkan	
Rabu,09 Juni 2021 08.30	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:- DO: TD:140/80 mmHg, N :98x/menit, R: 21x/menit, S : 36,8 ⁰ C	
08.32	1	Memberikan posisi fowler	DS :Pasien mengatakan mau untuk di posisikan fowler DO :Pasien terlihat nyaman dengan posisi fowler yang diberikan	
08.35	1	Mengkaji kekuatan otot pasien	DS :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih lemah DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas kanan 3/3 2. Ekstremitas kiri 5/5	
08.38	2	Melakukan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan sudah bisa melakukan latihan terapi cermin secara mandiri DS :Pasien mengikuti latihan terapi cermin dengan baik.	
Kamis,10 Juni 2021 08.30	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:Pasien mengatakan mau di lakukan pemeriksaan TTV DO: TD:145/90 mmHg, N :93x/menit, R: 20x/menit, S : 36,8 ⁰ C	
08.32	1	Memberikan posisi fowler	DS:Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler DO :Pasien tampak nyaman	
08.35	1	Melakukan pemeriksaan kekuatan otot	DS :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih lemah DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas kanan 4/4 2. Ekstremitas kiri 5/5	
08.38	1	Melakukan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan sudah bisa melakukan latihan terapi cermin secara mandiri DS :Pasien mengikuti latihan terapi cermin dengan baik.	
Jum'at 11	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:Pasien mengatakan bersedia untuk	

Juni 2021 08.30			dilakukan pemeriksaan TTV DO:TD:130/70 mmHg, N :102x/menit, RR: 21x/menit, S : 36,5 ⁰ C	
08.32	1	Memposisikan pasien fowler	DS:Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler DO :Pasien terlihat nyaman	
08.35	1	Melakukan pemeriksaan kekuatan otot pasien.	DS :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih lemah DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas kanan 4/4 2. Ekstremitas bkiri 5/5	
08.38	1	Melakukan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan sudah bisa melakukan latihan terapi cermin secara mandiri DS :Pasien mengikuti latihan terapi cermin secara kooperatif	



EVALUASI

Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	TTD																
1	Jum'at 11 Juni 2021 09.00	<p>S :Pasien mengatakan kelemahan tangan dan kakinya telah berkurang</p> <p>O : - ADL masih dibantu keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan pasien masih terbatas - TD:130/70 mmHg, N :102x/menit, RR: 21x/menit, S : 36,5⁰ C -Kekuatan otot ekstremitas kanan 4/4 -Ekstremitas bkiri 5/5 <p>A: Masalah pasien belum teratasi</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 2px;">Indikator</th> <th style="padding: 2px;">A</th> <th style="padding: 2px;">T</th> <th style="padding: 2px;">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">Kelemahan ekstremitas atas</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kelemahan ekstremitas bawah</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Pergerakan sendi</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi secara mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan latihan terapi cermin secara mandiri dirumah 	Indikator	A	T	H	Kelemahan ekstremitas atas	2	4	3	Kelemahan ekstremitas bawah	2	4	3	Pergerakan sendi	2	4	3	
Indikator	A	T	H																
Kelemahan ekstremitas atas	2	4	3																
Kelemahan ekstremitas bawah	2	4	3																
Pergerakan sendi	2	4	3																



FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 07 Juni 2021 Jam 09:00 WIB

No RM : --
 Nama : Ny.S (Pasien 2)
 Tanggal Lahir : 07 April 1966
 Jenis Kelamin : L

Keluhan Utama : Kelemahan anggota gerak

Anamnesa : Seorang laki-laki berinisial Tn.I usia 55

tahun mengeluh mengalami kelemahan pada anggota gerak kiri atau tidak bisa berjalan ± 2 bulan yang lalu, mulut sedikit merot dan bicara pelo. Hasil TTV pasien TD : 150/90 mmHg, N : 115x/menit, R: 20x/menit, S : 36,7° ;GCS E4M5V6

Riw Alergi: √ Tidakada Ada,

Riw Penyakit Dahulu : Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi tak terkontrol dan stroke ± 3 tahun yang lalu.

Riwayat Penyakit Keluarga : Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga seperti Hipertensi dll.

PRIMARY SURVEY

Airways

√ Paten √ Tidak Paten Snoring Gargling Stridor Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas Teratur Tidak Teratur
Suara Nafas Vesikule Bronchovesikuler Wheezing Ronchi
 Pola Nafas Apneu Dyspnea Bradipnea Tachipnea Orthopnea
Penggunaan Otot Bantu Nafas Retraksi Dada Cuping hidung

Jenis Nafas Pernafasan Dada Pernafasan Perut
Frekuensi Nafas 20x/menit

Circulation

Akral : Hangat Dingin Pucat : Ya Tidak
Sianosis : Ya Tidak CRT : <2 detik >2 detik

Tekanan Darah : 150/90mmHg Nadi : Teraba 115/m Tidak Teraba

Perdarahan : Ya cc Lokasi Perdarahan : Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar :- Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan

Kelembaban Kulit : Lembab Kering

Turgor : Baik Kurang

Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine :--Cc

Resiko Dekubitus : Tidak Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut



L



ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM	TTD
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota gerak kiri 2. Keluarga mengatakan pasien tidak bisa berjalan sejak ± 2 bulan yang lalu 3. Dan keluarga mengatakan semua aktifitas di bantu keluarga. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengalami hemiparesis sinistra 2. pergerakan pasien terbatas 3. tangan dan kaki kiri pasien lemah 4. ADL tampak di bantu keluarga 5. kekuatan otot Ekstremitas atas 5/2 Ekstremitas bawah 5/3 	<p style="text-align: center;">Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p style="text-align: center;">Gangguan Neuromuskular</p>	

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan neuromuskular.

INTERVENSI KEPERAWATAN

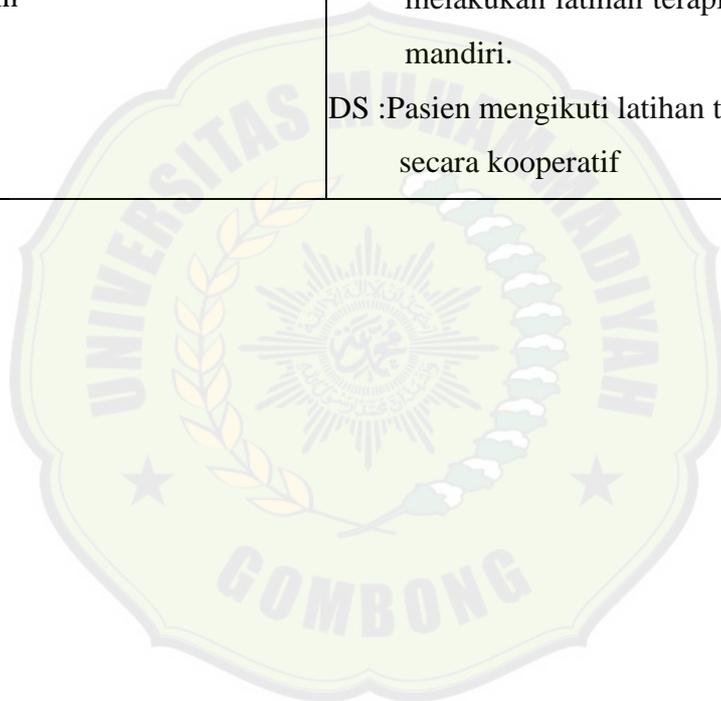
NO DX	HARI/TGL/ JAM	NOC	INTERVENSI	TTD												
1	Senin, 07 Mei 2021 Jam 09.00 wib	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 30 menit diharapkan masalah pasien teratasi dengan kriteria hasil sbb:</p> <table border="1" data-bbox="464 524 831 748"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas atas</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas bawah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pergerakan sendi</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat berat 2. Berat 3. Cukup 4. Ringan 5. Tidak ada 	Indikator	A	T	Kelemahan ekstremitas atas	2	4	Kelemahan ekstremitas bawah	2	4	Pergerakan sendi	2	4	<p>Melakukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Posisikan fowler 3. Mengkaji kekuatan otot pasien 4. Mengevaluasi latihan terapi cermin 5. Ajarkan latihan terapi cermin 	
Indikator	A	T														
Kelemahan ekstremitas atas	2	4														
Kelemahan ekstremitas bawah	2	4														
Pergerakan sendi	2	4														

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tgl/jam	DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
Senin,07 Juni 2021 09.00	1	Monitor tanda-tanda vital	DS : - DO:TD:150/90 mmHg, N :115x/menit,R: 20x/menit, S : 36,7 ⁰ C	
09.05	1	Memposisikan pasien fowler	DS :Pasien mengatakan mau di posisikan fowler DO :Pasien tampak nyaman dengan posisi fowler	
09.07	1	Mengkaji kekuatan otot pasien	DS :Pasien mengatakan anggota gerakanya mengalami kelemahan sejak 2 bulan lalu DO : 1. kekuatan otot ekstremitas atas 5/2 2. Ekstremitas bawah 5/3	
09.10	1	Mengenalkan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan belum mengerti mengenai prosedur dan manfaat latihan terapi cermin DO:Pasien tampak mendengarkan penjelasan perawat dengan baik	
09.12	1	Mengajarkan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan tehnik terapi cermin DS :Pasien kooperatif mengikuti prosedur terapi cermin sesuai prosedur	
Selasa,08 Juni 2021 09.00	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:- DO:TD:150/80 mmHg, N :115x/menit, R: 20x/menit S : 36,7 ⁰ C	
09.05	1	Memberikan posisi fowler	DS :Pasien mengatakan mau untuk di posisikan fowler DO :Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler yang diberikan	
09.07	1	Mengkaji kekuatan otot pasien	DS :Pasien mengatakan anggota gerakanya mengalami kelemahan sejak 2 bulan lalu DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas atas 5/2 2. Ekstremitas bawah 5/3	
09.10		Melakukan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan tehnik terapi cermin	

			DS :Pasien sangat kooperatif mengikuti prosedur terapi cermin yang diajarkan	
Rabu,09 Juni 2021 09.00	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:- DO: TD:130/80 mmHg, N :98x/menit, R: 21x/menit, S : 36,3 ⁰ C	
09.05	1	Memberikan posisi fowler	DS :Pasien mengatakan bersedia untuk di posisikan fowler DO :Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler yang diberikan	
09.07	1	Mengkaji kekuatan otot pasien	DS :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih terasa lemah DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas atas 5/2 2. Ekstremitas bawah 5/3	
09.10	2	Melakukan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan sudah bisa melakukan latihan terapi cermin secara mandiri DS :Pasien mengikuti latihan terapi cermin dengan baik.	
Kamis,10 Juni 2021 09.00	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:Pasien mengatakan mau di lakukan pemeriksaan TTV DO: TD:130/80 mmHg, N :98x/menit, R: 21x/menit, S : 36,3 ⁰ C	
09.05	1	Memberikan posisi fowler	DS:Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisi fowler yang diberikan DO :Pasien tampak nyaman	
09.07	1	Melakukan pemeriksaan kekuatan otot	DS :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih lemah DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas atas 5/3 2. Ekstremitas bawah 5/3	
09.10	1	Melakukan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan bersedia melakukan latihan terapi cermin DS :Pasien mengikuti latihan terapi cermin dengan kooperatif	
Jum'at 11 Juni 2021 09.00	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan TTV	

09.05			DO:TD:130/70 mmHg, N :92x/menit, RR: 21x/menit, S : 36,5 ⁰ C	
	1	Memposisikan pasien fowler	DS:Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler DO :Pasien terlihat nyaman	
09.07	1	Melakukan pemeriksaan kekuatan otot pasien.	DS :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih dalam kondisi lemah DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas atas 5/3 2. Ekstremitas bawah 5/3	
09.10	1	Melakukan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan sudah sering melakukan latihan terapi cermin secara mandiri. DS :Pasien mengikuti latihan terapi cermin secara kooperatif	



EVALUASI

Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	TTD																
1	Jum'at 11 Juni 2021 09.30	<p>S :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih mengalami kelemahan.</p> <p>O : -TD:130/70 mmHg, N :92x/menit, RR: 21x/menit, S : 36,5⁰ C</p> <p>-Kekuatan otot ekstremitas atas 5/3</p> <p>-Ekstremitas bawah 5/3</p> <p>A: Masalah pasien belum teratasi</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Indikator</th> <th style="text-align: center;">A</th> <th style="text-align: center;">T</th> <th style="text-align: center;">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas atas</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas bawah</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Pergerakan sendi</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi secara mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan latihan terapi cermin secara mandiri dirumah 	Indikator	A	T	H	Kelemahan ekstremitas atas	2	4	3	Kelemahan ekstremitas bawah	2	4	3	Pergerakan sendi	2	4	3	
Indikator	A	T	H																
Kelemahan ekstremitas atas	2	4	3																
Kelemahan ekstremitas bawah	2	4	3																
Pergerakan sendi	2	4	3																



FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 07 Juni 2021 Jam 09.30 WIB

No RM : --

Nama : Ny.T (Pasien 3)

Tanggal Lahir : 22 Februari 1961

Jenis Kelamin : P

Keluhan Utama : Kelemahan anggota gerak

Anamnesa : Seorang perempuan usia 60 tahun mengeluh mengalami kelemahan anggota gerak kanan mengalami kelemahan dan mulut agak merot, bicara pasien tidak jelas. Pasien mengatakan kondisi tersebut ia alami \pm 1 hari yang lalu. Hasil TTV pasien TD : 160/100 mmHg, N : 100x/menit, R: 21x/menit, S : 36,5⁰ ;GCS E4M5V6

Riw Alergi: Tidakada Ada,

Riw Penyakit Dahulu : Keluarga klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi tak terkontrol dan DM.

Riwayat Penyakit Keluarga : Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga seperti Hipertensi dll.

PRIMARY SURVEY

Paten Tidak Paten (Snoring Gargling Stridor Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas Teratur Tidak Teratur
Suara Nafas Vesikuler Bronchovesikuler Wheezing Ronchi
 Pola Nafas Apneu Dyspnea Bradipnea Tachipnea Orthopnea
Penggunaan Otot Bantu Nafas Retraksi Dada Cuping hidung

Jenis Nafas Pernafasan Dada Pernafasan Perut
Frekuensi Nafas 21x/menit

Circulation

Akral : Hangat Dingin Pucat : Ya Tidak
Sianosis : Ya Tidak CRT : <2 detik >2 detik

Tekanan Darah : 160/100mmHg Nadi : Teraba 100x/m Tidak Teraba

Perdarahan : Ya cc Lokasi Perdarahan : Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar :- Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan

Kelembaban Kulit : Lembab Kering

Turgor : Baik Kurang

Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine :-cc

Resiko Dekubitus : Tidak Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut





ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM	TTD
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluarga pasien mengatakan anggota gerak kanan pasien mengalami kelemahan. 2. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan sejak ± 1 hari yang lalu dan semua aktifitas di bantu keluarga <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengalami hemiparesis dextera 2. pergerakan terbatas 3. tangan dan kaki kanan lemah 4. ADL di bantu keluarga 5. kekuatan otot Ekstremitas atas 3/5 Ekstremitas bawah 3/5 	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Gangguan Neuromuskular</p>	

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan neuromuskular.

INTERVENSI KEPERAWATAN

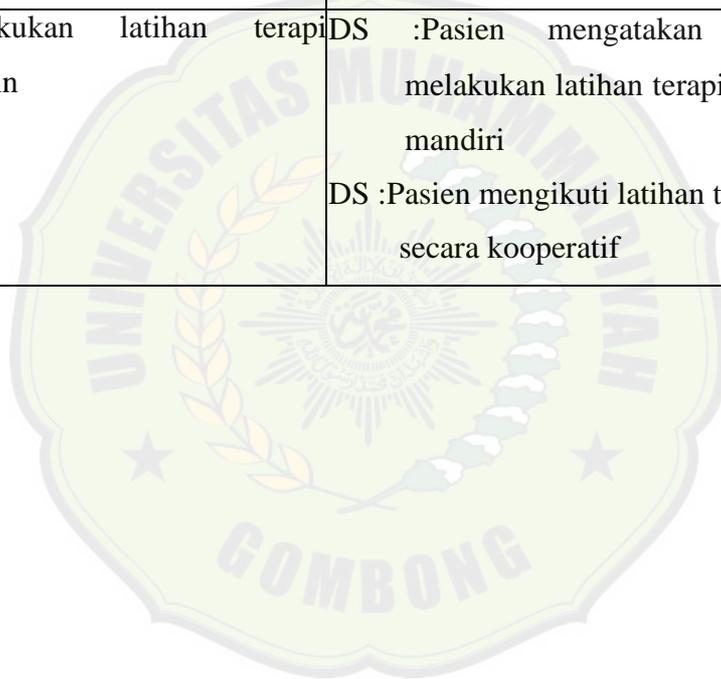
NO DX	HARI/TGL/ JAM	NOC	INTERVENSI	TTD												
1	Senin, 07 Mei 2021 Jam 09.30 wib	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 30 menit diharapkan masalah pasien teratasi dengan kriteria hasil sbb:</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Indikator</th> <th style="text-align: center;">A</th> <th style="text-align: center;">T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas atas</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas bawah</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Pergerakan sendi</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat berat 2. Berat 3. Cukup 4. Ringan 5. Tidak ada 	Indikator	A	T	Kelemahan ekstremitas atas	2	4	Kelemahan ekstremitas bawah	2	4	Pergerakan sendi	2	4	<p>Melakukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Posisikan fowler 3. Mengkaji kekuatan otot pasien 4. Mengevaluasi latihan terapi cermin 5. Ajarkan latihan terapi cermin 	
Indikator	A	T														
Kelemahan ekstremitas atas	2	4														
Kelemahan ekstremitas bawah	2	4														
Pergerakan sendi	2	4														

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tgl/jam	DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
Senin,07 Juni 2021 Jam 09.30 09.35 09.37 09.40 09.42	1	Monitor tanda-tanda vital	DS : Pasien bersedia dilakukan pemeriksaan TTV DO: TD :160/100 mmHg, N :100x/menit, R: 21x/menit,S : 36,5 ⁰	
	1	Memposisikan pasien fowler	DS :Pasien mengatakan mau di posisikan fowler DO :Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler	
	1	Mengkaji kekuatan otot pasien	DS :Pasien mengatakan anggota geraknya mengalami kelemahan sejak 1 hari lalu DO : 1. kekuatan otot ekstremitas kanan 3/3 2. Ekstremitas kiri 5/5	
	1	Mengenalkan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan belum mengetahui prosedur dan manfaat latihan terapi cermin DO:Pasien tampak belum mengerti mengenai terapi cermin	
	1	Mengajarkan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan bersedia dilakukan tehnik terapi cermin DS :Pasien kooperatif mengikuti prosedur terapi cermin yang diajarkan.	
Selasa,08 Juni 2021 09.30 wib 09.32 09.35 09.38	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:- DO:TD:140/80 mmHg, N :98x/menit, R: 21x/menit S : 36,8 ⁰ C	
	1	Memberikan posisi fowler	DS :Pasien mengatakan mau untuk di posisikan fowler DO :Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler yang diberikan	
	1	Mengkaji kekuatan otot pasien	DS :Pasien mengatakan anggota geraknya mengalami kelemahan sejak 2 bulan lalu DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas kanan 3/3 2. Ekstremitas kiri 5/5	
		Melakukan latihan terapi	DS :Pasien mengatakan bersedia untuk	

		cermin	<p>dilakukan tehnik terapi cermin</p> <p>DS :Pasien sangat kooperatif mengikuti prosedur terapi cermin yang diajarkan</p>	
Rabu,09 Juni 2021 09.30	1	Observasi tanda-tanda vital	<p>DS:-</p> <p>DO: TD:140/80 mmHg, N :100x/menit, R: 22x/menit, S : 36,7⁰ C</p>	
09.32	1	Memberikan posisi fowler	<p>DS :Pasien mengatakan mau untuk di posisikan fowler</p> <p>DO :Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler yang diberikan</p>	
09.35	1	Mengkaji kekuatan otot pasien	<p>DS :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih lemah</p> <p>DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas kanan 3/3 2. Ekstremitas kiri 5/5</p>	
09.38	2	Melakukan latihan terapi cermin	<p>DS :Pasien mengatakan sudah bisa melakukan latihan terapi cermin secara mandiri</p> <p>DS :Pasien mengikuti latihan terapi cermin dengan baik.</p>	
Kamis,10 Juni 2021 09.30	1	Observasi tanda-tanda vital	<p>DS:Pasien mengatakan mau di lakukan pemeriksaan TTV</p> <p>DO: TD:145/90 mmHg, N :93x/menit, R: 20x/menit, S : 36,3⁰ C</p>	
09.32	1	Memberikan posisi fowler	<p>DS:Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler</p> <p>DO :Pasien tampak nyaman</p>	
09.35	1	Melakukan pemeriksaan kekuatan otot	<p>DS :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih lemah</p> <p>DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas kanan 4/3 2. Ekstremitas kiri 5/5</p>	
09.38	1	Melakukan latihan terapi cermin	<p>DS :Pasien mengatakan sudah bisa melakukan latihan terapi cermin secara mandiri</p> <p>DS :Pasien mengikuti latihan terapi cermin dengan baik.</p>	

Jum'at 11 Juni 2021 09.30	1	Observasi tanda-tanda vital	DS:Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan TTV DO:TD:130/70 mmHg, N :102x/menit, RR: 21x/menit, S : 36,5 ⁰ C	
09.32	1	Memposisikan pasien fowler	DS:Pasien mengatakan nyaman dengan posisi fowler DO :Pasien terlihat nyaman	
09.35	1	Melakukan pemeriksaan kekuatan otot pasien.	DS :Pasien mengatakan tangan dan kaki nya masih lemah DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas kanan 4/3 2. Ekstremitas kiri 5/5	
09.38	1	Melakukan latihan terapi cermin	DS :Pasien mengatakan sudah bisa melakukan latihan terapi cermin secara mandiri DS :Pasien mengikuti latihan terapi cermin secara kooperatif	



EVALUASI

Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	TTD																
1	Jum'at 11 Juni 2021 10.00 WIB	<p>S :Pasien mengatakan kelemahan tangan dan kakinya sedikit ada perubahan.</p> <p>O : - TD:130/70 mmHg, N :102x/menit, RR: 21x/menit, S : 36,5⁰ C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot ekstremitas kanan 4/3 - Ekstremitas kiri 5/5 <p>A: Masalah pasien belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="600 701 1023 925"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas atas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan ekstremitas bawah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pergerakan sendi</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi secara mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan latihan terapi cermin secara mandiri dirumah 	Indikator	A	T	H	Kelemahan ekstremitas atas	2	4	4	Kelemahan ekstremitas bawah	2	4	3	Pergerakan sendi	2	4	3	
Indikator	A	T	H																
Kelemahan ekstremitas atas	2	4	4																
Kelemahan ekstremitas bawah	2	4	3																
Pergerakan sendi	2	4	3																

PENGARUH TERAPI CERMIN TERHADAP KEMAMPUAN GERAK PADA PASIEN STROKE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUMPULAN KABUPATEN PASAMAN TAHUN 2018

Muhammad Arif¹, Suci Mustika², Def Primal³

STIKes Perintis Padang

Email : perawat.arif@yahoo.co.id

Submission: 18-06-2019, Reviewed: 23-06-2018, Accepted: 26-06-2019

ABSTRACT

Stroke is a disease or functional disorder of the brain in the form of nerve paralysis due to inhibition of blood vessel flow to the brain. Based on Medical Record data of Kumpulan Public Health Center 2016, there were 67 cases. Whereas in 2017 there were 81 cases of stroke 25 of them outpatients who experience weakness in the limb and have never received mirror therapy. This study was to investigate "the effect of mirror therapy on the ability of motion in stroke patients in Kumpulan Public Health Center on 2018. This study used the quasi-experimental method of One Group Pretest-posttest. Mirror therapy performed 5-10 minutes, once a day, 5 times a week for 4 weeks. The sample in this study were 11 respondents. This research has been conducted from February 5 to March 3, 2018. The results of statistical tests obtained p value 0,000 which it can be concluded that there is a significant influence between the mirror therapy on the ability of motion in stroke patients in Kumpulan Public Health 2018 year. It is recommended that mirror therapy should be used as one of the nonpharmacologic therapies in patients with weak extremities either through the provision of education in educational institutions and in health services by health care provider.

Keywords : Mirror Therapy, Motion Ability, Stroke

ABSTRAK

Stroke adalah penyakit atau kelainan fungsional otak dalam bentuk kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Berdasarkan data Rekam Medikal Kumpulan Puskesmas 2016, ada 67 kasus. Sedangkan pada 2017 ada 81 kasus stroke 25 penyihir di antaranya pasien rawat jalan yang mengalami kelemahan pada tungkai dan tidak pernah menerima terapi cermin. Penelitian ini adalah untuk menyelidiki "efek terapi cermin pada kemampuan gerak pada pasien stroke di Puskesmas Kumpulan pada tahun 2018. Penelitian ini menggunakan metode kuasi-eksperimental *One Group Pretest-posttest*. Terapi cermin dilakukan 5-10 menit, sekali sehari, 5 kali seminggu selama 4 minggu. Sampel dalam penelitian ini adalah 11 responden. Penelitian ini telah dilakukan dari 5 Februari hingga 3 Maret 2018. Hasil uji statistik diperoleh nilai 0,000 yang dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di Kumpulan Kesehatan Masyarakat tahun 2018. Disarankan terapi cermin sebaiknya digunakan sebagai salah satu terapi nonfarmakologis pada pasien dengan ekstremitas lemah baik melalui penyediaan oleh kesehatan.

Kata Kunci : Terapi Cermin, Kemampuan Gerak, Stroke

PENDAHULUAN

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke akut didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai

darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau pendarahan (stroke hemoragik).

Orang yang menderita stroke biasanya mengalami banyak gangguan fungsional, seperti gangguan motorik, psikologis atau prilaku, dimana gejala yang paling khas adalah hemiparesis, kelemahan ekstremitas sisi,

hilang sensasi wajah, kesulitan bicara dan kehilangan penglihatan sesisi (Irfan, 2010).

Faktor resiko stroke diantaranya yang tidak dapat diubah seperti usia, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga. Dan yang dapat diubah seperti hipertensi, obesitas, diabetes, merokok, alkohol. Organisasi Stroke Dunia mencatat hampir 85% orang yang mempunyai faktor resiko dapat terhindar dari stroke bila menyadari dan mengatasi faktor resiko tersebut sejak dini. Badan kesehatan dunia memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030.

Stroke yang terlambat mendapatkan penanganan akan mengakibatkan kelumpuhan luas dan gangguan pada kognitif. Dengan demikian perlu penanganan yang secepat mungkin untuk menurunkan angka cacat fisik akibat stroke (Batubara, S, Tat, F, 2015).

Komplikasi penyakit stroke yang sering terjadi adalah adalah dekubitus disebabkan tidur terlalu lama karena lumpuh sehingga mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, pneumonia terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi, kekakuan otot dan sendi disebabkan karena berbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi (Junaidi, 2011).

Stroke yang terlambat mendapatkan penanganan akan mengakibatkan kelumpuhan luas dan gangguan pada kognitif. Dengan demikian perlu penanganan yang secepat mungkin untuk menurunkan angka cacat fisik akibat stroke (Batubara, S, Tat, F, 2015). Panduan penanganan pasien stroke oleh AHA/ASA, 2013 disebutkan bahwa penanganan stroke harus dilakukan sesegera mungkin. *Golden time* (waktu emas) penanganan pasien stroke terutama stroke iskemik adalah 3 jam sejak terjadinya serangan (AHA/ASA, 2013).

Pemulihan kekuatan ekstremitas masih merupakan masalah utama yang dihadapi oleh pasien stroke yang mengalami hemiparesis. Sekitar 80% pasien mengalami hemiparesis akut di bagian ekstremitas dan hanya sekitar sepertiga yang mengalami pemulihan fungsional penuh, untuk meminimalkan angka kecacatan pada orang yang menderita stroke

maka dapat dilakukan terapi gerak sendi, latihan luas gerak sendi, terapi panas superficial (*infra red*), latihan gerak sendi aktif, pasif, latihan fasilitas atau reduksi otot dan latihan gerak lainnya (Beebe & Lang, 2009).

Kemampuan gerak adalah proses pengumpulan informasi atau data tentang penampilan gerakan yang relevan untuk pembuatan keputusan dan program baik yang dilakukan oleh guru maupun therapist, untuk mengetahui kemampuan gerak maka dilakukan metode tes yang digunakan untuk mengetahui kekuatan otot-otot, untuk luas daerah gerak sendi, dan untuk mengetahui pola gerak yang benar dalam melakukan aktifitas hidup sehari-hari (Sudarsini, 2017).

Salah satu terapi baru yang dilakukan untuk memulihkan kekuatan otot pada pasien stroke adalah terapi cermin. Terapi cermin adalah bentuk rehabilitasi yang mengandalkan pembayangan motorik, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual pada tubuh yang mengalami gangguan pada cermin oleh bagian tubuh yang sehat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sengkey tahun 2015, tentang *Mirror therapy in stroke rehabilitation*. Didapatkan hasil p value 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa *Mirror therapy in stroke rehabilitation* efektif untuk pasien stroke (Sengkey, 2014).

Berdasarkan dari data Medical Record Puskesmas Kumpulan tahun 2016 terdapat 67 kasus, sedangkan 2017 terdapat 81 kasus stroke dan 25 orang diantaranya pasien rawat jalan yang mengalami kelemahan pada bagian ekstremitas, kesulitan dalam bicara, dan keluhan lainnya. Berdasarkan latar belakang diatas tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah *quasi-eksperimen* yaitu *One Group Pretest-posttest* dimana rancangan ini hanya menggunakan satu kelompok subyek, pengukuran dilakukan sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) perlakuan. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien stroke dengan gangguan gerak yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan adalah sebanyak 25

orang. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling*. Alat yang digunakan untuk pengumpulan data lainnya pada penelitian ini adalah: Lembar observasi kemampuan gerak sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*), cermin untuk melakukan terapi. Data berikutnya dianalisa dengan menilai nilai rerata untuk data univariat sedangkan untuk data bivariate dianalisa dengan uji t (*paired sample test*).

HASIL

Tabel 1. Rerata Kemampuan Gerak Sebelum Dilakukan Terapi Cermin Pada Pasien Stroke

Variabel	Mean	SD	N
Pergelangan Tangan Sebelum	145,91	3,754	
Siku Sebelum	130	3,873	
Lengan Sebelum	32,73	2,611	11
Pergelangan Kaki Sebelum	102,73	2,611	
Lutut Sebelum	137,73	2,611	

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat dari 11 orang responden yang dilakukan penelitian didapatkan rerata sudut axis pergelangan tangan sebelum dilakukan terapi cermin adalah sebanyak 145,91 dengan standar deviasi 3,754.

Tabel 3. Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke

Variabel	Mean	SD	T	CI 95%	P value
Perbedaan Pergelangan Tangan sebelum dan sesudah terapi cermin	19,364	4,632	13,865	Lower=16,252 Upper=22,475	
Perbedaan siku sebelum dan sesudah terapi cermin	12,364	2,335	17,558	Lower=10,795 Upper=13,933	
Perbedaan lengan sebelum dan sesudah terapi cermin	-8,455	1,440	-19,477	Lower=-9,422 Upper=-7,487	0,000
Perbedaan Pergelangan kaki sebelum dan sesudah terapi cermin	9,636	1,502	21,285	Lower=8,628 Upper=10,645	
Perbedaan lutut sebelum dan sesudah terapi cermin	-8,364	1,748	-15,872	Lower=-9,538 Upper=-7,189	

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat perbedaan rerata sudut axis pergelangan tangan sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin

Rerata sudut axis siku 130 dengan standar deviasi 3,873, rerata sudut axis lengan 32,73 dengan standar deviasi 2,611. Rerata sudut axis pergelangan kaki 102,73 dengan standar deviasi 2,611. Rerata sudut axis lutut 137,73 dengan standar deviasi 2,611.

Tabel 2. Rerata Kemampuan Gerak Sesudah Dilakukan Terapi Cermin Pada Pasien Stroke

Variabel	Mean	SD	N
Pergelangan Tangan Sesudah	126,55	4,503	
Siku Sesudah	117,64	3,931	
Lengan Sesudah	41,18	2,272	11
Pergelangan Kaki Sesudah	93,09	2,625	
Lutut Sesudah	146,09	2,587	

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat dari 11 orang responden yang dilakukan penelitian didapatkan rerata sudut axis pergelangan tangan sesudah dilakukan terapi cermin adalah sebanyak 126,55 dengan standar deviasi 4,503. Rerata sudut axis siku 117,64 dengan standar deviasi 3,931, rerata sudut axis lengan 41,18 dengan standar deviasi 2,272. Rerata sudut axis pergelangan kaki 93,09 dengan standar deviasi 2,625. Rerata sudut axis lutut 146,09 dengan standar deviasi 2,587.

adalah 19,364. Perbedaan rerata sudut axis siku sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 12,364. Perbedaan rerata sudut axis

lengan sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 8,455. Perbedaan rerata sudut axis pergelangan kaki sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 9,636. Perbedaan rerata sudut axis lutut sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 8,364. Hasil uji statistik didapatkan p value 0,000 maka dapat disimpulkan adanya pengaruh yang signifikan antara terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018.

PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 3 diatas dapat dilihat perbedaan rerata pergelangan tangan sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 19,364 dan lebih baik dari siku, lengan, pergelangan kaki dan lutut. Hasil penelitian yang peneliti lakukan sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sengkey (2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sengkey tahun 2014, tentang *Mirror therapy in stroke rehabilitation*. Didapatkan hasil p value 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa *Mirror therapy in stroke rehabilitation* efektif untuk pasien stroke (Sengkey, 2014).

Terapi cermin adalah bentuk rehabilitasi yang mengandalkan pembayangan motorik, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual cenderung ditiru seperti cermin oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan. Terapi ini pertama kali diperkenalkan oleh Roger –Ramachandran untuk menangani gejala nyeri setelah amputasi. Terapi cermin ini tergolong baru intervensi terapeutik yang berfokus pada memindahkan anggota badan yang tidak rusak ini adalah bentuk dari citra di mana cermin digunakan untuk menyampaikan rangsangan visual ke otak melalui pengamatan bagian tubuh seseorang yang tidak terpengaruh karena melakukan serangkaian gerakan (Sengkey, 2014).

Menurut asumsi peneliti kemampuan gerak pada pasien stroke mengalami kekakuan atau keterbatasan gerak disebabkan oleh adanya kerusakan saraf sehingga bisa menjadikan pasien stroke keterbatasan gerak bahkan terjadinya kelumpuhan. Pada penelitian ini dilakukan untuk melatih menggerakkan tangan dan kaki yang sakit dengan mengandalkan cermin, dan dengan adanya bayangan tangan atau kaki yang normal sehingga kaki tau tangan yang sakit juga akan berangsur-angsur akan

mengikuti gerakan tangan atau kaki yang normal, dengan responden melihat cermin sehingga adanya pemberitahuan kepada otak dari mata untuk menggerakkan tangan seperti tangan dan kaki yang normal. Dengan adanya latihan yang rutin seperti itu setiap hari maka akan mempengaruhi gerakan tangan dan kaki yang sakit atau kaki dan tangan yang mengalami kekakuan. Sehingga gerakan responden yang tadinya masih kaku sehingga mengalami perubahan walaupun hanya mengalami perubahan sedikit saja.

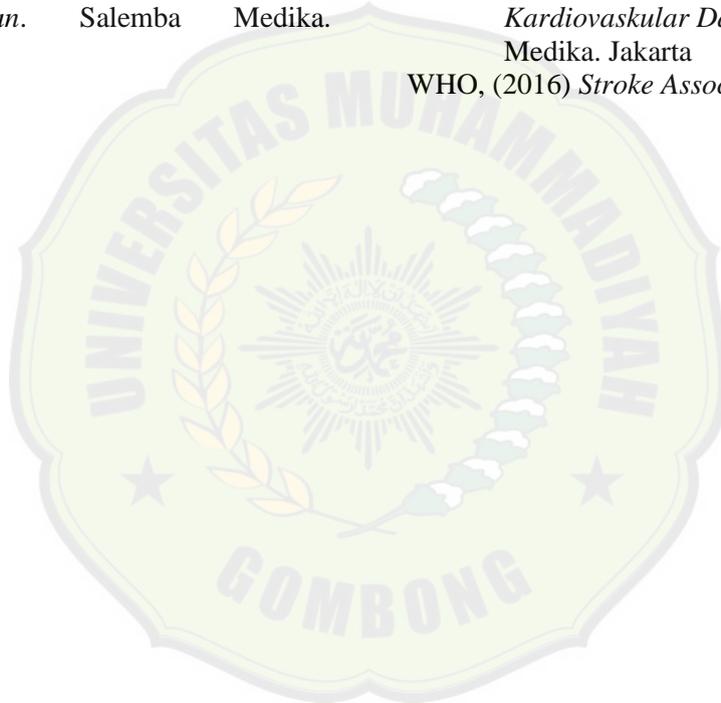
KESIMPULAN

Rerata sudut axis pergelangan tangan sebelum dilakukan terapi cermin adalah sebanyak 145,91⁰, rerata sudut axis siku 130⁰, rerata sudut axis lengan 32,27⁰, rerata sudut axis pergelangan kaki 102,73⁰, rerata sudut axis lutut 146,36⁰, Rerata sudut axis pergelangan tangan sesudah dilakukan terapi cermin adalah sebanyak 126,55⁰, rerata sudut axis siku 117,64⁰, rerata sudut axis lengan 41,18⁰, sudut axis pergelangan kaki 93,09⁰, rerata sudut axis lutut 146,09⁰, Didapatkan adanya perbedaan rerata sudut axis ke lima sudut yang di ukur berdasarkan hasil uji statistik. Didapatkan p value 0,000 maka dapat disimpulkan adanya pengaruh yang signifikan antara terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018.

REFERENSI

- America Heart Assocation (2014), *Insiden Penyakit Stroke Di Amerika Serikat*.
- Sengkey, L. S. (2015). *Mirror Therapy in Stroke Rehabilitation*. 4(7), 660–663. Retrieved from <https://www.ijsr.net/archive/v4i7/SUB156438.pdf>
- Dr. Junaidi, Iskandar. 2011. *Stroke dan Waspada Ancamannya*. Yogyakarta ; C.V Andi Offset.
- (Sengkey, 2015)Sengkey, L. S. (2015). *Mirror Therapy in Stroke Rehabilitation*. 4(7), 660–663. Retrieved from <https://www.ijsr.net/archive/v4i7/SUB156438.pdf>
- Feigin, Valery. 2007. *Stroke*. Penerbit: PT Bhuana Ilmu Populer.
- Sengkey, L. S. (2015). *Mirror Therapy in Stroke Rehabilitation*. 4(7), 660–663.

- Retrieved from
<https://www.ijsr.net/archive/v4i7/SUB156438.pdf>
- Hidayat, Alimul, A. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Salemba Medika. Jakarta
- Misbach, Jusuf. 2011. *Stroke Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta. Badan penerbit FKUI.
- Muttaqin, Arif, 2011. *Pengantar Keperawatan dengan Gangguan System Persyarafan*, Jakarta. Salemba medika.
- Notoadmojo, Soekijo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam. 2013. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Potter & Perry. 2005. *Fundamental Keperawatan* Buku 1 edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- (Sengkey, 2015) Sengkey, L. S. (2015). *Mirror Therapy in Stroke Rehabilitation*. 4(7), 660–663. Retrieved from <https://www.ijsr.net/archive/v4i7/SUB156438.pdf>
- Sudarsini, 2017. *Bina Diri Bina Gerak*, [e-book], diakses tanggal 17 oktober 2017 https://books.google.co.id/books?id=A_4xDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=bina+diri+bina+gerak&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjw0c7_wofcAhUbVH0KHUiHAPgQ6AEIKjAA#v=onepage&q=bina%20diri%20bina%20gerak&f=false
- Syamsudin. 2011. *Buku Ajar Farmakoterapi Kardiovaskular Dan Renal*, Salemba Medika. Jakarta
- WHO, (2016) *Stroke Association*.



PROSEDUR *MIRROR THERAPY* PADA PASIEN STROKE

Anggi Pratiwi

Program Studi Ilmu Keperawatan Ners STIK Bina Husada Palembang

Email : anggiardi24@gmail.com

Abstrak

Stroke merupakan penyebab utama disabilitas jangka panjang pada dewasa. Kelumpuhan pada anggota gerak atas merupakan konsekuensi yang paling banyak ditemukan pasca stroke. Hemiparesis didapatkan pada 85% penderita stroke yang bertahan hidup, dan 55%-75% berlanjut menjadi keterbatasan fungsional pada anggota gerak atas. Pemulihan motorik terhadap kontrol gerakan volunter pasca stroke merupakan sesuatu yang cukup sulit. Pemulihan fungsi tangan sangat penting untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Enam bulan pasca stroke, hanya 38% pasien yang mengalami pemulihan kemampuan tangan, dan hanya 12% menunjukkan pemulihan fungsional, meskipun telah menjalani rehabilitasi. *Mirror therapy* merupakan intervensi terapi yang difokuskan pada gerakan tangan atau kaki yang paresis. Tujuan dari penulisan literature review ini adalah untuk meriview prosedur mirror therapy berdasarkan pada sumber literature jurnal penelitian terkait. Metode yang digunakan dalam pembuatan literature review ini adalah dengan melakukan pencarian elektronik jurnal di beberapa database. *Mirror therapy* dapat bermanfaat pada pasien untuk meningkatkan kekuatan otot pasien dan mencegah komplikasi dari perawatan pasca stroke pada pasien dengan syarat jika dilaksanakan sesuai jadwal minimal seminggu tiga kali dan sesuai dengan standart operasional prosedur yang ada.

Kata Kunci : Stroke, *Mirror Therapy*

PENDAHULUAN

Stroke merupakan penyebab utama disabilitas jangka panjang pada dewasa. Kelumpuhan pada anggota gerak atas merupakan konsekuensi yang paling banyak ditemukan pasca stroke. Hemiparesis didapatkan pada 85% penderita stroke yang bertahan hidup, dan 55%-75% berlanjut menjadi keterbatasan fungsional pada anggota gerak atas (Sutbeyaz *et al* (2007)). Pada individu dengan hemiparesis seringkali didapatkan spastisitas, kelemahan otot, dan gangguan menetap pada koordinasi gerakan. Inkoordinasi ini dikarenakan jaringan saraf yang bertanggung jawab untuk merefleksikan gerakan secara tepat, mengalami kerusakan dikarenakan cedera otak, maupun sebab sekunder karena *disuse* (Yavuzer *et al* (2008)).

Pemulihan motorik terhadap kontrol gerakan volunter pasca stroke merupakan sesuatu yang cukup sulit. Pemulihan fungsi tangan sangat penting untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Enam bulan pasca stroke, hanya 38% pasien yang mengalami pemulihan kemampuan tangan, dan hanya 12% menunjukkan pemulihan fungsional, meskipun telah menjalani rehabilitasi (Dohle *et al*, 2008).

Mirror therapy merupakan intervensi terapi yang difokuskan pada gerakan tangan atau kaki yang paresis. Teknik ini relatif baru, sederhana, murah, dan mampu memperbaiki fungsi anggota gerak atas. Prosedur ini dilakukan dengan menempatkan cermin pada bidang midsagital pasien, sehingga pasien dapat melihat bayangan tangan yang sehat, dan memberikan suatu umpan balik visual yang dapat memperbaiki tangan sisi paresis (Dohle *et al*, 2008). Sehingga menjadi penting untuk membahas tentang prosedur *Mirror Therapy* pada pasien stroke. Tujuan dari penulisan literature review ini adalah untuk meriview prosedur mirror therapy pada pasien stroke berdasarkan pada sumber literature jurnal penelitian terkait.

METODE

Metode yang digunakan dalam pembuatan literature review ini adalah dengan melakukan pencarian elektronik jurnal di beberapa database seperti : CINAHL, ProQuest dan google scholar dengan kata kunci *stroke, mirror therapy* Artikel yang direview merupakan artikel yang memuat abstrak dan full teks. Artikel yang memenuhi criteria kemudian dibaca, dianalisis, dibandingkan satu sama lain kemudian dibahas dan disimpulkan.

HASIL

Beberapa penelitian pada pasien stroke yang dilakukan oleh Sutbeyaz *et al* (2007), Yavuzer *et al* (2008), Altschuler *et al* (1999), Sathian dan Stoykoy (2003), didapatkan bahwa *mirror therapy* dapat membantu pemulihan fungsi motorik pada tangan yang paresis. *Mirror therapy* pada pasien stroke melibatkan gerakan pada tangan yang sehat sambil melihat pantulannya di cermin yang diposisikan di depan tangan yang sakit (tidak terlihat), sehingga menimbulkan ilusi seakan-akan tangan yang sakit yang bergerak. Studi pencitraan fungsional pada otak individu sehat, menunjukkan adanya eksitabilitas pada korteks motorik primer ipsilateral terhadap gerakan tangan unilateral, yang difasilitasi dengan melihat pantulan gerakan tangan di cermin. Ketika tangan kanan digunakan, namun dipersepsikan sebagai tangan kiri, akan meningkatkan aktivasi di otak kanan (begitu pula sebaliknya). Aktivasi ketika subjek melakukan gerakan juga terjadi di area parietal inferior bilateral, area motorik suplementari, dan korteks premotor

Lydia dan kawan-kawan (2011) memberikan *mirror therapy* selama 20 menit, 2 kali seminggu, sebanyak 10 sesi pada 18 pasien stroke fase pemulihan, sebagai tambahan program rehabilitasi standar pada paresis anggota gerak. Didapatkan peningkatan signifikan skor Brunnstrom dan FIM *self care*, lebih tinggi pada kelompok *mirror* dibanding kontrol.

Stevens dan Stoykoy mendefinisikan *mirror therapy* sebagai bentuk imajinasi motorik yang dipandu secara visual (*visually guided motor imagery*), *mental performance* dari suatu gerakan tanpa melakukan gerakan tersebut. Observasi pasif terhadap suatu gerakan akan memfasilitasi eksitabilitas M1 dari otot-otot yang digunakan dalam gerakan tersebut.

Mirror therapy dapat dilakukan dengan 3 strategi. Strategi pertama, subjek melihat gerakan tangan yang sehat di cermin dan mencoba menirukan gerakan ini dengan tangan yang sakit. Cara kedua, subjek membayangkan tangan yang sakit bergerak sebagaimana yang diinginkan (*motor imagery*). Cara ketiga, terapis membantu gerakan tangan yang sakit sehingga sinkron dengan pantulan gerakan pada tangan yang sehat yang terlihat di cermin

Altschuller menyatakan bahwa *mirror therapy* memberikan input visual dari gerakan normal pada tangan yang sakit pada pasien pasca stroke, yang dapat mengkompensasi penurunan atau tidak adanya input proprioseptif. Observasi terhadap suatu gerakan tidak hanya memodulasi eksitabilitas di korteks motorik, namun juga representasi korteks somatosensori. Melihat stimulasi pada cermin dapat menyebabkan penalaran sensasi terhadap tangan yang lain.

Fukumara *et al* (2007) mengemukakan, dengan melihat ekstremitas yang sehat melakukan gerakan motorik fungsional di depan cermin seolah-olah sebagai anggota gerak yang paresis, akan mempertahankan umpan balik sensoris melalui visual ke otak, sehingga tidak memfasilitasi fenomena *learned nonuse*. Program rehabilitasi paresis tangan pada umumnya dapat memfasilitasi fenomena *learned nonuse*, karena intervensi terapi sering langsung diarahkan pada latihan anggota gerak yang hemiparesis saja tanpa menyertakan latihan fungsional, dan mengarahkan untuk latihan kompensasi dengan anggota gerak yang sehat agar dapat secepatnya mandiri dalam aktifitas dasar sehari-hari.

Berbagai bukti secara klinis, neurofisiologis, maupun pencitraan menunjukkan bahwa mengimajinasikan gerakan (*motor imagery*) melibatkan jalur neural yang sama sebagaimana eksekusi gerakan. Mekanisme lain yang mungkin adalah keterlibatan sistem saraf cermin (*mirror neuron system*). *Mirror neuron* adalah sel-sel saraf yang ditemukan di area premotor baik pada monyet maupun manusia, yang menjadi aktif selama mengamati gerakan, membayangkan gerakan (*mental imagery*) dan eksekusi gerakan. Saat ini, *mirror neuron* dipahami secara umum menjadi dasar dalam proses belajar terhadap ketrampilan baru melalui pengamatan visual terhadap ketrampilan tersebut.

Pada individu normal, membayangkan gerakan akan mengaktifkan area otak yang digunakan untuk mengontrol gerakan, yaitu korteks premotor, korteks motorik primer, dan lobus parietal. Membayangkan gerakan menyebabkan aktivasi pada $\pm 30\%$ neuron M1 yang akan mengeksekusi gerakan yang dibayangkan. Studi aktivasi fungsional membuktikan bahwa terdapat beberapa nodus di sistem motorik yang sama pada saat menghasilkan gerakan, mengamati gerakan orang lain, membayangkan gerakan, memahami gerakan orang lain, dan mengenali alat sebagai obyek suatu gerakan.

Altschuler *et al* (1999), melaporkan bahwa efek *mirror therapy* terhadap kemampuan gerakan pasien pasca stroke, meliputi lingkup gerak sendi, kecepatan, dan ketepatan gerakan lebih baik pada kelompok *mirror* dibanding terapi lain. Pasien diberikan *mirror therapy* selama 15 menit, 2 kali sehari, 5 kali per minggu, selama 4 minggu.

Mirror therapy pada pasien stroke kronik juga menunjukkan hasil signifikan terhadap pemulihan fungsi tangan, walaupun jumlah sampel kecil dan tidak ada kelompok kontrol. Sathian *et al* (2000), melaporkan bahwa *mirror therapy* intensif selama 2 minggu pada pasien stroke stadium kronik, menghasilkan pemulihan signifikan terhadap kekuatan menggenggam dan gerakan tangan pada sisi yang paresis.

Stevens dan Stoykoy (2003) meneliti 2 pasien stroke stadium kronik (14 bulan pasca stroke) yang diberikan *mirror therapy* selama 1 jam dengan frekuensi 3 kali seminggu. Didapatkan peningkatan yang konsisten selama 4 minggu pada skor Fugl Meyer, lingkup gerak sendi, kecepatan gerakan, dan *hand dexterity* (desain pre dan post). Sutbeyaz *et al* (2007), memberikan *mirror therapy* berupa latihan dorsofleksi pergelangan kaki dikombinasikan dengan program rehabilitasi konvensional selama 4 minggu, pada 40 pasien hemiparesis pasca stroke stadium sub akut. Pemulihan motorik pada anggota gerak bawah (diukur dengan Brunnstrom) dan fungsi motorik (diukur dengan FIM *motor score*) signifikan lebih baik pada kelompok *mirror* dibanding kontrol ($p=0,01$).

Studi *randomized controlled assessor-blinded trial* oleh Yavuzer *et al* (2008) didapatkan hasil bahwa efek *mirror therapy*, terhadap peningkatan pemulihan motorik dan fungsi tangan penderita stroke subakut serangan pertama (maksimal 12 bulan pasca stroke), setelah 4 minggu (20 sesi terapi) sampai dengan 6 bulan masa pengamatan. Pada kelompok *mirror* didapatkan skor FIM *self care* meningkat 8,3 poin dibanding kelompok kontrol yang hanya meningkat 1,8 poin ($p=0,01$), dan skor Brunnstrom meningkat 1,6 poin dibanding kelompok kontrol yang meningkat 0,3 poin ($p=0,01$).

PEMBAHASAN

Pasien stroke mengalami pemulihan ketrampilan motorik anggota gerak atas setelah intervensi rehabilitasi, dalam fase kronis sekalipun. Pendekatan terapeutik yang diberikan memicu plastisitas pada sistem saraf, dan hal ini terbukti secara neurofisiologi maupun perilaku. Ahli *neuroscience* menyatakan bahwa sistem saraf pusat bersifat *adaptable* selama proses perkembangan maupun

seumur hidup. Sistem saraf dapat pulih dari penyakit dan cedera serius melalui adaptasi spontan dan proses penyembuhan (Stevens dan Stoykoy, 2003).

Manifestasi klinis penyakit stroke diantaranya adalah kehilangan fungsi motorik, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik dan disfungsi kandung kemih (Smeltzer & Bare, 2002). Penderita stroke pada awal terkena stroke perlu penanganan secara cepat dan tepat agar tidak menyebabkan keadaan yang lebih parah atau bahkan kematian. Pada fase lanjutan atau perawatan lanjutan, diperlukan penanganan yang tepat karena dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi. Seringkali ketika pasien pulang dari rumah sakit, pasien pasca stroke masih mengalami gejala sisa, misalnya dengan keadaan : kehilangan motorik (hemiplegi/hemiparese) atau pasien yang pulang dengan keadaan bedrest total, kehilangan komunikasi atau kesulitan berbicara (disatria), gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik, sehingga akan berdampak pada aktivitas hidup sehari-hari (*Activitas Of Daily Living = ADL*) dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan fisiologi ; cairan dan nutrisi, personal hygiene, eliminasi buang air besar dan buang air kecil, dan mobilsasi; kebutuhan psikologis, kebutuhan sosial dan kebutuhan spiritual.

Perawat mempunyai peranan yang sangat penting dalam perawatan pasien stroke. Peran perawat dimulai dari masa akut dan rehabilitasi, serta pencegahan komplikasi. Perawat yang merupakan tenaga paramedic yang berada 24 jam disamping pasien harus berperan dalam mencegah komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien stroke. Tindakan mandiri yang dapat dilakukan untuk proses rehabilitasi pasien stroke dengan kelemahan anggota gerak ataupun penurunan kekuatan otot perawat dapat melakukan *mirror therapy*.

Peran perawat sebagai rehabilitator untuk mengembalikan keadaan klien atau paling tidak seoptimal mungkin untuk mendekati keadaan seperti sebelum ia sakit dengan berbagai asuhan keperawatan seperti latihan ROM dan *mirror therapy* yang dapat membantu klien untuk kembali ke kondisi kesehatannya seperti semula.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

1. 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 selama 15 menit, dengan istirahat selama 5 menit diantara masing-masing sesi.
- c. Lihatlah pantulan tangan kanan anda di cermin, bayangkan seolah-olah itu adalah tangan kiri anda (jika yang paresis tangan kiri, atau sebaliknya). Anda tidak diperbolehkan melihat tangan yang sakit di balik cermin.
- d. Lakukan gerakan secara bersamaan (simultan) pada kedua anggota gerak atas, gerakan diulang sesuai instruksi dengan kecepatan konstan ± 1 detik/gerakan.
- e. Jika anda tidak bisa menggerakkan tangan yang sakit, berkonsentrasilah dan bayangkan seolah-olah anda mampu menggerakkannya sambil tetap melihat bayangan di cermin.

2. Posisi pasien saat melakukan *mirror therapy*

Pasien duduk di kursi menghadap meja, kedua tangan dan lengan bawah diletakkan di atas meja. Sebuah cermin diletakkan di bidang mid sagital di depan pasien, tangan sisi paresis diposisikan di belakang cermin sedangkan tangan sisi yang sehat diletakkan di depan cermin. Di bawah lengan 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 tidak dapat melihat tangan sisi paresis. Pantulan tangan yang sehat tampak seolah-olah sebagai tangan yang sakit.

- a. Pada latihan hari pertama, pasien diberikan latihan adaptasi. Pada pertemuan berikutnya, bila pasien sudah mampu berkonsentrasi selama latihan, maka dapat dilanjutkan latihan gerak dasar, namun bila belum bisa, akan tetap diberikan latihan adaptasi sampai pasien bisa berkonsentrasi melihat pantulan bayangan di cermin.
- b. Setiap sesi latihan, pasien akan diberikan 1 macam latihan gerak dasar, jika sudah mampu melakukan terus-menerus, maka dilanjutkan dengan 1 macam gerak variasi. Bila gerak variasi sudah dikuasai, maka dilanjutkan *shaping* (gerakan kombinasi).
- c. Selama latihan, perawat mengamati respon dan keluhan subjek. Jika subjek sudah merasa lelah, atau merasakan kesemutan yang mengganggu pada tangan sisi paresis, maka latihan dihentikan. Pasien dipersilahkan untuk istirahat selama 5 menit, setelah itu dilanjutkan latihan sesi berikutnya.
- d. Jenis latihan yang dilakukan dan respon maupun keluhan pasien selama latihan dicatat dalam formulir kegiatan latihan.

3. *Mirror therapy* berdasarkan protokol Bonner

Latihan yang diberikan berdasarkan protokol terapi Bonner, dibagi menjadi 4, yaitu latihan untuk adaptasi, gerak dasar, gerak variasi, dan kombinasi. Perawat mengajarkan gerakan dengan memberikan contoh langsung sambil menyebutkan nama gerakan tersebut, yang dibagi berdasarkan posisi. Setiap kali mengajarkan gerakan baru, perawat duduk di sebelah pasien menghadap ke cermin, lalu memberikan contoh gerakan bersama dengan instruksi verbalnya, kemudian subjek penelitian diminta untuk menirukan sampai mampu melakukannya sendiri

Mirror therapy berdasarkan Protokol Bonner :

a. Adaptasi

Pada awal terapi, pasien belum terbiasa melihat ke cermin, tapi selalu ingin melihat ke belakang cermin untuk mengontrol tangan yang sakit sehingga diperlukan proses adaptasi. Latihan yang diberikan saat adaptasi ada 2 macam:

- a. Berhitung : kedua tangan diletakkan di atas meja, ekstensi jari satu persatu atau beberapa jari diangkat sekaligus

Instruksi verbal :

1. “Letakkan kedua tangan anda di atas meja dalam posisi telungkup, naikan ibu jari-turunkan ibu jari, naikan jari kelingking-turunkan jari kelingking, dan seterusnya”.
2. “Tunjukkan jari manis, tunjukkan jari tengah, tunjukkan ibu jari, dan seterusnya”.

- b. Abduksi-adduksi jari: kedua tangan diletakkan di atas meja, lakukan abduksi jari dimulai dari ibu jari diikuti jari telunjuk dan seterusnya, untuk adduksi dimulai dari jari kelingking diikuti jari manis dan seterusnya.

Instruksi verbal :

1. “Letakkan kedua telapak tangan di atas meja dalam posisi telungkup dengan jari-jari rapat, buka jari-jari anda dimulai dari ibu jari, diikuti jari telunjuk, jari tengah, dan seterusnya”.
2. “Buka jari-jari anda dimulai dari jari kelingking, jari manis, jari tengah, dan seterusnya”.

b. Gerak dasar :

Latihan gerak dasar diberikan jika pasien sudah mampu berkonsentrasi melakukan latihan yang diajarkan terapis sambil melihat pantulan bayangan di cermin. Terdapat 3 macam gerak dasar, masing-masing gerakan dapat dibagi menjadi 3 atau 5 posisi tertentu, disesuaikan dengan tingkat kognitif pasien. Pembagian posisi dimaksudkan agar pasien selalu konsentrasi selama latihan, dan tidak bosan karena latihan yang dirasa terlalu mudah dan monoton.

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan”

- a. Fleksi elbow : dibagi 3 atau 5 posisi, contoh pembagian 3 posisi : posisi 1: kedua lengan bawah diletakkan di meja, posisi 2: lengan bawah terangkat 45° dari meja dengan kedua siku menumpu di meja, posisi 3: kedua lengan bawah membentuk sudut 90° terhadap meja.
- b. Instruksi verbal : “saya akan mencontohkan beberapa gerakan, silahkan anda ikuti”. Lalu terapis melakukan gerakan bersama dengan subjek hingga ia mampu melakukannya sendiri berdasarkan nomer, misal : posisi 3, posisi 1, dan seterusnya.
- c. Ekstensi elbow (gerakan mendorong): dibagi menjadi 3 atau 5 posisi.
Instruksi verbal : berdasar nomer, misal : posisi 2, posisi 3, dan seterusnya
- a. Rotasi interna dan eksterna sendi bahu : dibagi menjadi 3 atau 5 posisi, contoh pembagian 3 posisi: posisi 1: geser lengan bawah mendekati badan; posisi 2; geser lengan bawah kembali ke tengah; posisi 3: geser lengan bawah menjauhi badan.
Instruksi verbal : berdasar nomer, seperti contoh di atas

c. Variasi

Latihan variasi diberikan jika sudah ada gerakan di proksimal dan distal anggota gerak, dan pasien sudah bisa melakukan gerak dasar secara terus-menerus. Macam latihan variasi :

- a. Pronasi supinasi forearm : dibagi menjadi 3 atau 5 posisi, contoh pembagian 3 posisi: posisi 1: telapak tangan menghadap ke bawah; posisi 2: telapak tangan dibuka setengah; posisi 3: telapak tangan menghadap ke atas. Instruksi verbal : berdasarkan posisi, seperti contoh di atas
- b. Grip dan prehension. Instruksi verbal : letakkan kedua tangan anda di meja, lakukan gerakan kedua tangan menggenggam (*grip*); kedua tangan menggenggam dengan ibu jari di dalam (*thumb in palm*); jari-jari setengah menekuk (*hook*); jari-jari lurus dan rapat (ekstensi jari-jari); jari-jari lurus dan renggang (abduksi jari-jari).
- c. Berhitung dengan jari-jari. Instruksi verbal : tunjukkan satu, tunjukkan dua, dan seterusnya
- d. Oposisi jari-jari (pinch) 1-4. Instruksi verbal : sentuhkan ibu jari anda ke telunjuk, sentuhkan ibu jari anda ke jari tengah, dan seterusnya.

d. Shaping

Latihan kombinasi 2 gerakan yang dilakukan berkelanjutan, dengan kesulitan yang ditingkatkan secara bertahap sesuai kemampuan pasien. Shaping diberikan agar pasien tidak merasa bosan, dan tetap konsentrasi selama latihan. Instruksi gerakan yang diberikan sesuai dengan latihan yang dilakukan pada hari itu, namun langsung 2 gerakan sekaligus.

Instruksi verbal: contoh: letakkan tangan anda pada posisi 3, jari-jari menggenggam.

KESIMPULAN

Mirror therapy dapat bermanfaat pada pasien untuk meningkatkan kekuatan otot pasien dan mencegah komplikasi dari perawatan pasca stroke pada pasien dengan syarat jika dilaksanakan sesuai jadwal minimal seminggu tiga kali dan sesuai dengan standart operasional prosedur yang ada.

Mirror therapy dapat menjadi tindakan mandiri perawat ruangan neurologi dengan syarat status hemodinamik pasien dalam keadaan normal dan kesadaran pasien composmentis.

DAFTAR PUSTAKA

Altschuler EL, Wisdom SB, Stone L, Foster C, Galasko D, Llewellyn D et al. *Rehabilitation of hemiparesis after stroke with a mirror*. Lancet 1999;353(9169):2035

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan”

- Dohle C, Pullen J, Nakaten A, Kust J, Rietz C, Karbe H. *Mirror therapy promotes recovery from severe hemiparesis: a randomized controlled trial*. Neurorehabilitation and neural repair 2009;23(3):209-17
- Stevens JA, Stoykov MEP. *Using motor imagery in the rehabilitation of hemiparesis*. Archives of physical medicine and rehabilitation 2003;84(7):1090-2.
- Stoykov ME, Corcos DM. *A review of bilateral training for upper extremity hemiparesis*. Occupational therapy international 2009;16(3-4):190-203.
- Sutbeyaz S, Yavuzer G, Sezer N, Koseoglu BF. *Mirror therapy enhances lower-extremity motor recovery and motor functioning after stroke: a randomized controlled trial*. Archives of physical medicine and rehabilitation 2007;88(5):555-9.
- Yavuzer G, Selles R, Sezer N, Sutbeyaz S, Bussmann JB, Kaseoglu F et al. *Mirror therapy improves hand function in subacute stroke: a randomized controlled trial*. Archives of physical medicine and rehabilitation 2008;89(3):393-8.



PENGARUH MIRROR THERAPY TERHADAP KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS PADA PASIEN STROKE **DIRSUD dr. MOEWARDI**

Setiyawan¹, Pipit Siti Nurlely², Agnes Sri Harti³
^{1,2,3}STIKes Kusuma Husada Surakarta
etya1025@gmail.com

ABSTRAK

Manifestasi klinis dari stroke pada umumnya mengalami kelemahan sebagian atau seluruh anggota gerak dari tubuh sehingga pasien tidak mampu melakukan aktivitas karena kelemahan anggota gerak dan membutuhkan latihan untuk mencegah kecacatan. Penatalaksanaan pada stroke adalah latihan rentang gerak sendi yang dilakukan kebanyakan pada fisioterapi. Intervensi yang bisa digunakan untuk peningkatan kekuatan otot dengan mengandalkan ilusi visual pasien dengan menggunakan media cermin yaitu *mirror therapy*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *mirror therapy* terhadap kekuatan otot ekstremitas. Desain penelitian adalah *quasy experiment pre post test with control group design*. Populasi adalah pasien stroke iskemik dengan teknik *consecutive sampling* berjumlah 30 responden. Uji analisa menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test* dan *Mann Whitney-U Test*. Hasil analisa *Wilcoxon Test* menunjukkan terdapat perbedaan kekuatan otot ekstremitas sebelum dan sesudah diberi *mirror therapy* dan latihan ROM yaitu pada ekstremitas atas didapatkan nilai $p=0,008$ kelompok kontrol sedangkan kelompok intervensi $p=0,002$. Pada ekstremitas bawah didapatkan nilai $p=0,083$ kelompok kontrol sedangkan kelompok intervensi $p=0,003$. Uji statistik *Mann Whitney* pada ekstremitas atas diperoleh nilai $p=0,004$ sedangkan pada ekstremitas bawah diperoleh nilai $p=0,001$. Kesimpulan: ada pengaruh *mirror therapy* terhadap kekuatan otot pada pasien stroke sehingga dapat dipertimbangkan sebagai salah satu tambahan tindakan keperawatan untuk meningkatkan kekuatan otot dan memperbaiki fungsi motorik.

Kata kunci: Kekuatan Otot, *Mirror Therapy*, Stroke

ABSTRACT

Clinical manifestations of stroke generally encompass weakness and partial or complete paralysis of body parts. Therefore, patients are not able to do activities and they need exercises to prevent disability. The management of stroke involves range of motion (ROM) exercises done by most physiotherapists. An intervention by relying on patients' optical illusions by using mirror (or so called mirror therapy) can improve muscle strength. The present study seeks to find out the influence of mirror therapy on extremity muscle strength. The study applied quasi-experimental design using the pre-test post-test control group. The population includes ischemic stroke patients. The number of samples is 30, taken using consecutive sampling. The data collected were then analyzed using Wilcoxon Signed-Rank Test and Mann Whitney-U Test. The results of the study indicate the difference of the extremity muscle strength before and after treated with mirror therapy and ROM exercises. The analysis of Wilcoxon Signed-Rank Test reveals

that 1) for the upper extremity, the p-value of the control group is 0.008, while the p-value of the intervention group is 0.002, and 2) for the lower extremity, the p-value of the control group is 0.083, while the p-value of the intervention group is 0.003. In addition, the Mann Whitney-U Test results in p-value of 0.004 for the influence of control and intervention groups on upper extremity, and p-value of 0.001 for the influence of control and intervention groups on lower extremity. It can be concluded that there is an influence on muscle strength after stroke patients are treated with mirror therapy. Therefore, it is important to consider the therapy as another nursing intervention to improve muscle strength and repair motor functions.

Keywords: Muscle Strength, Mirror Therapy, Stroke



PENDAHULUAN

Stroke merupakan defisit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam, dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskular. Stroke atau cedera cerebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak [1]. Menurut Wildani, (2010) dalam Hafid (2012) stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga dan penyebab kecacatan nomor satu di seluruh dunia, sebanyak 80-85% merupakan stroke non hemoragik [2]. Stroke termasuk dalam sepuluh penyakit yang merupakan penyebab kematian di dunia, dimana stroke menempati urutan ke tujuh [3]. Jumlah penderita stroke di Indonesia menduduki peringkat pertama terjadi sebagai Negara terbanyak yang mengalami stroke di seluruh Asia. Angka prevalensi ini meningkat dengan meningkatnya usia. Data nasional Indonesia menunjukkan bahwa stroke merupakan penyebab kematian tertinggi, yaitu 15,4%. Didapatkan sekitar 750.000 insiden stroke pertahun di Indonesia, dan 200.000 diantaranya merupakan stroke berulang [4]. Prevalensi stroke di Jawa Tengah pada umur ≥ 15 tahun mencapai 12,3% [5]. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2016, jumlah penderita stroke di Kota Surakarta berjumlah 952 pada tahun 2016 dengan kasus baru mencapai 365 orang. Berdasarkan data dari Rekam Medis RSUD Dr. Moewardi, Jumlah kasus stroke pada semua kelompok usia meningkat dari tahun 2011-2012 dan menurun pada tahun 2013. Jumlah kasus stroke sebanyak 222 orang pada tahun 2015. Jumlah kasus stroke sebanyak 246 orang pada tahun 2016, sedangkan pada bulan Januari sampai November sebanyak 729 orang pada tahun 2017, sehingga dapat dilihat bahwa jumlah penyakit stroke mengalami peningkatan setiap tahunnya.

Pada pasien stroke, 70-80 % mengalami hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi bagian tubuh) dengan 20% dapat mengalami peningkatan fungsi motorik/ kelemahan otot pada anggota ekstremitas bila tidak mendapatkan pilihan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke [6]. Pasien mengalami kelemahan otot

pada salah satu sisi bagian tubuh (hemiparesis) baik hemiparesis sisi kiri atau pun sisi kanan. Dengan rerata kekuatan otot pada skala 2 (0-5) hal ini disebabkan karena mekanisme hemiparesis yang terjadi umumnya pada pasien stroke.

Intervensi untuk penyembuhan yang bisa dilakukan pada pasien stroke selain terapi medikasi atau obat-obatan yaitu dilakukan fisioterapi / latihan seperti; latihan aerobik, latihan rentang gerak (*range of motion*), latihan koordinasi, latihan penguatan [7]. Selain terapi rehabilitasi ROM yang sering dilakukan baik unilateral maupun bilateral, terdapat alternatif terapi lainnya yang bisa diterapkan dan dikombinasikan serta diaplikasikan pada pasien stroke untuk meningkatkan status fungsional sensori motorik dan merupakan intervensi yang bersifat non invasif, ekonomis yang langsung berhubungan dengan sistem motorik dengan melatih/ menstimulus ipsilateral atau korteks sensori motorik kontrateral yang mengalami lesi yaitu terapi latihan rentang gerak dengan menggunakan media cermin (*mirror therapy*). Terapi ini mengandalkan interaksi persepsi visual-motorik untuk meningkatkan pergerakan anggota tubuh yang mengalami gangguan kelemahan otot pada salah satu bagian sisi tubuh/ hemiparesis [8].

Beberapa penelitian yang dilakukan dengan teknik pemetaan/ pemindaian otak ditemukan bahwa selama pasien stroke melakukan latihan dengan menggunakan media cermin (*mirror therapy*), area yang aktif selama pelaksanaan percobaan ini adalah korteks prefrontal area premotor korteks, korteks parietalis dan otak kecil yang merupakan area gerakan motorik sehingga stimulasi yang berulang menyebabkan peningkatan kekuatan otot dan mencegah penyebaran ke area lain [9]. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *mirror therapy* terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke di RSUD dr. Moewardi.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang akan dilakukan adalah kuantitatif, dengan menggunakan *Quasy Experimental*, dengan pendekatan *one group pretest-post test design with group control*. Pada penelitian ini terdapat 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok perlakuan diberikan intervensi *mirror therapy* dari peneliti, sedangkan kelompok kontrol tidak mendapat *mirror therapy* tetapi hanya mendapat latihan ROM standar oleh Unit Stroke Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi. Adapun kriteria inklusinya yaitu semua pasien stroke non hemoragik yang dirawat di Unit Stroke RSUD Dr. Moewardi, pasien yang mengalami kelemahan otot ekstremitas sebagian atas dan bawah, pasien dengan kesadaran composmentis GCS E₄M₆V₅ dan pasien yang bersedia menjadi responden. Data akan dianalisis dengan univariat dan bivariat. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi data seperti umur, jenis kelamin, dan mendeskripsikan kekuatan otot ekstremitas sebelum dan sesudah *mirror therapy*. Untuk analisis bivariat, analisa ini untuk mengetahui perbedaan kekuatan otot ekstremitas antara kelompok yang diberikan uji beda data tak berpasangan. Skala data yang dilakukan pada penelitian ini adalah skala data ordinal, makamaka uji analisis yang digunakan adalah uji statistik nonparametrik. Analisa untuk menguji perbedaan nilai *pretest* dan *posttest* menggunakan *Wilcoxon*, yaitu untuk melihat perbedaan kekuatan otot ekstremitas atas maupun bawah *pretest* dan *posttest*. Uji analisis yang digunakan untuk mengetahui perbandingan kekuatan otot ekstremitas *posttest* pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol menggunakan *Mann Whitney U-Test*. Jika P value < α (0,05) maka H₀ ditolak dan H_a diterima yang berarti *mirror therapy* mempengaruhi kekuatan otot ekstremitas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden menurut usia

Didapatkan hasil bahwa pasien stroke berada pada kategori umur 56- 65 tahun berjumlah 46,7% kelompok kontrol dan kategori umur 36 -45

tahun dengan jumlah 40% kelompok intervensi. Pasien stroke yang paling banyak mengalami berjenis kelamin laki-laki 53,3% kelompok kontrol dan 60% kelompok intervensi.

Tabel 1. Distribusi frekuensi responden kekuatan otot (*pre test*)

Kekuatan otot	kelompok kontrol				kelompok intervensi			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kurang	6	40	6	40	3	20	3	20
Cukup	6	40	6	40	7	46,7	8	53,4
Baik	3	20	3	20	4	26,7	2	13,3
Normal	0	0	0	0	1	6,7	2	13,3
Total	15	100	15	100	15	100	15	100

Padatable1. menunjukkan bahwa *pre test* kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah paling banyak mengalami kekuatan otot kurang dan cukup 40% kelompok kontrol dan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah paling banyak mengalami kekuatan otot cukup 46,7% dan 53,4% kelompok intervensi.

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden kekuatan otot (*post test*)

Kekuatan otot	kelompok kontrol				kelompok intervensi			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kurang	2	13,3	3	20	0	0	1	6,7
Cukup	7	46,7	9	60	5	33,3	4	26,6
Baik	6	40	3	20	7	46,7	7	46,7
Normal	0	0	0	0	3	20	3	20
Total	15	100	15	100	15	100	15	100

Pada tabel 2. menunjukkan bahwa *post test* kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah paling banyak mengalami kekuatan otot

cukup 46,7% dan 60% kelompok kontrol dan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah paling banyak mengalami kekuatan otot baik 46,7% kelompok intervensi.

Tabel3. Hasil uji pengaruh *mirror therapy* terhadap kekuatan otot ekstremitas atas

kelompok	Rata-rata		sensitivitas	p
	Pre test	Post test		
Kontrol	1,80	2,27	0,47	0,008
Intervensi	2,20	2,87	0,67	0,002

Tabel 3. Memperlihatkan bahwa hasil kekuatan otot sebelum dan sesudah pada ekstremitas atas yaitu 0,008 ($p < 0,05$) kelompok kontrol sedangkan hasil kelompok intervensi yaitu 0,002 ($p < 0,05$).

Tabel 4. Hasil uji pengaruh *mirror therapy* terhadap kekuatan otot ekstremitas bawah

kelompok	Rata-rata		sensitivitas	p
	Pre test	Post test		
Kontrol	1,80	2,20	0,40	0,083
Intervensi	2,20	2,80	0,60	0,003

Tabel 4. Memperlihatkan bahwa hasil kekuatan otot sebelum dan sesudah pada ekstremitas bawah yaitu 0,083 ($p < 0,05$) kelompok kontrol sedangkan hasil kelompok intervensi yaitu 0,003 ($p < 0,05$).

Tabel 5. Hasil uji beda pengaruh kelompok terhadap kekuatan otot pada ekstremitas atas

Kelompok	Rerata	p
Kontrol	1,80	0.004
Intervensi	2,20	

Dari tabel 5. memperlihatkan bahwa nilai perubahan rata-rata kekuatan otot setelah dilakukan latihan ROM standar pada kelompok kontrol adalah 0,47 dan pada kelompok intervensi nilai perubahan rata-rata kekuatan otot setelah dilakukan *mirror therapy* didapatkan 0,67. Terdapat hubungan yang signifikan sesudah latihan ROM dengan *mirror*

therapy terhadap kekuatan otot antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi $p=0,004$ ($p<0,05$).

Tabel 6. Hasil uji beda pengaruh terhadap kekuatan otot pada ekstremitas bawah

Kelompok	Rerata	<i>p</i>
Kontrol	0,40	0.001
Intervensi	0,60	

Dari tabel 8. memperlihatkan bahwa nilai perubahan rata-rata kekuatan otot setelah dilakukan latihan ROM standar pada kelompok kontrol adalah 0,40 dan pada kelompok intervensi nilai perubahan rata-rata kekuatan otot setelah dilakukan *mirror therapy* didapatkan 0,60. Terdapat hubungan yang signifikan sesudah latihan ROM dengan *mirror therapy* terhadap kekuatan otot antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi $p=0,004$ ($p<0,05$). Berdasarkan hasil analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan nilai kekuatan otot yang lebih besar pada kelompok perlakuan daripada kelompok kontrol.

Pembahasan

Karakteristik Responden

Usia merupakan salah satu karakteristik yang cukup penting dalam penelitian karena cukup banyak yang ditemukan dengan variasi frekuensi yang disebabkan oleh usia [10]. Kejadian stroke akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia, terutama usia ≥ 55 tahun [11]. Penyakit stroke tidak hanya terjadi pada usia lansia saja, tetapi sekarang juga terjadi pada usia produktif dibawah 30 tahun [12].

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan yang paling banyak menderita stroke adalah laki-laki. Jenis kelamin laki-laki lebih mudah terkena stroke, hal ini dikarenakan lebih tingginya angka kejadian faktor resiko stroke (misalnya merokok dan hipertensi) pada laki-laki [13]. Laki-laki beresiko terkena stroke dibandingkan perempuan, karena pada perempuan adanya hormon estrogen yang berperan dalam

melindungi pada proses aterosklerosis. Dan pola hidup sangat berperan dalam meningkatkan resiko terjadinya stroke jika dilihat dari pola hidup laki-laki merokok misalnya dapat memicu terkena stroke [14].

Analisis kekuatan otot sebelum dilakukan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Hasil pengamatan sebelum dilakukan intervensi ROM standar dan *mirror therapy* kekuatan otot *pre test* pada kelompok kontrol pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah mengalami kekuatan otot kurang dan cukup, pada kelompok intervensi paling banyak yang mengalami kekuatan otot cukup. Stroke dapat menyebabkan berkurangnya kekuatan otot disemua kelompok otot semua bagian tubuh. Otot-otot muka, lengan, kaki, dan tungkai pada sisi tubuh lebih sering terkena (hemiparesis). Kelumpuhan dan kelemahan sisi tubuh bagian kanan biasanya disebabkan karena kegagalan fungsi otak kiri, baik karena stroke sumbatan atau stroke perdarahan. Sebaliknya, jika terjadi kegagalan fungsi otak kanan, maka bagian sisi tubuh kiri akan menderita kelumpuhan [15].

Analisis kekuatan otot sesudah dilakukan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Berdasarkan hasil pengamatan kekuatan otot *post test* pada kelompok kontrol ekstremitas atas kekuatan otot mengalami peningkatan sedangkan ekstremitas bawah paling banyak mengalami kekuatan otot yang cukup. Pada kelompok intervensi kekuatan otot setelah diberikan *mirror therapy* pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah dengan hasil yang sama meningkat menjadi baik. Sesudah dilakukan terapi pada kelompok kontrol yaitu ROM (*Range Of Motion*) sedangkan pada kelompok intervensi dilakukan *mirror therapy* masing-masing kelompok mengalami kenaikan otot pada bagian tubuh yang mengalami kekuatan otot. Menurut penelitian Irdawati (2012) yang menyatakan bahwa latihan pergerakan khususnya rentang gerak bagi penderita stroke dapat

meningkatkan kemandirian pasien. Hal ini dikarenakan dengan latihan gerak maka otot pun akan bermobilisasi. Mobilisasi otot dapat mencegah kekakuan otot, melancarkan sirkulasi darah, akan meningkatkan massa otot. Apabila hal ini dilakukan dengan rutin maka toleransi otot untuk melakukan gerakan pun akan meningkat [16].

Penelitian yang dilakukan oleh Christian, *et al* (2008) pada 25 orang pasien yang mengalami kelemahan/ plegi pada bagian ekstremitas atas dilakukan intervensi *mirror therapy* didapatkan hasil peningkatan sensitivitas dan perbaikan fungsi dibandingkan dengan pasien yang tidak dilakukan *mirror therapy*. Terapi ini digunakan untuk memperbaiki fungsi motorik pasca stroke. Terapi cermin mudah dilakukan dan hanya membutuhkan latihan yang sangat singkat tanpa membebani pasien [17].

Perbedaan sebelum dan sesudah kekuatan otot pada ekstremitas atas kelompok kontrol dan intervensi

Dilihat dari hasil penelitian selisih pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi didapatkan bahwa *mirror therapy* lebih efektif karena *mirror therapy* ini merupakan metode yang tepat untuk meningkatkan sensori dan mengurangi defisit motorik serta dapat meningkatkan pemulihan ekstremitas yang mengalami hemiparesis. Setelah dilakukan intervensi *mirror therapy* pada pasien stroke iskemik terhadap kekuatan ototnya selama 5 kali sehari dalam waktu 7 hari sebelum dan sesudah dilihat dari perbedaan kekuatan otot sebelum dan sesudah setelah intervensi didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kekuatan otot ekstremitas bagian atas dan atau bagian bawah terjadi peningkatan yang signifikan [18].

Perbedaan sebelum dan sesudah kekuatan otot pada ekstremitas bawah kelompok kontrol dan intervensi

Hasil penelitian didapatkan bahwa *mirror therapy* lebih efektif dibandingkan ROM pada ekstremitas bawah karena pada individu normal, membayangkan gerakan akan mengaktifkan area otak yang digunakan

untuk mengontrol gerakan, yaitu korteks premotor, korteks motorik primer, dan lobus parietal. Melatih pembayangan/ imajinasi motorik pasien, dimana cermin memberikan stimulasi visual kepada otak untuk pergerakan anggota tubuh yang mengalami kelemahan otot.

Perbedaan kelompok kontrol dan kelompok intervensi terhadap kekuatan otot

Data menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi *mirror therapy* pada pasien stroke iskemik terhadap kekuatan otot selama 25 menit, 2 kali sehari, 5 kali seminggu, selama 4 minggu sebelum dan sesudah setelah intervensi didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah terjadi peningkatanyangsignifikan. Pada kelompok kontrol yang dilakukan intervensi ROM atau latihan rentang gerak selama 1 minggu – 2 minggu, 1 hari 2 kali berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot pasien stroke. Dan intervensi *mirror therapy* ini merupakan metode yang tepat untuk meningkatkan sensori dan mengurangi defisit motorik serta dapat meningkatkan pemulihan ekstremitas yang mengalami hemiparesis. Pada pasien stroke yang mengalami hemiparesis yang menimbulkan kecacatan dan perlu dilakukan rehabilitasi, *mirror therapy* ini juga merupakan intervensi yang tepat sebagai program rehabilitasi dirumah pada pasien pasca stroke yang membutuhkan perawatan yang lama dan intervensi ini terbukti efektif meningkatkan status fungsional motorik pasien stroke [19].

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh *mirror therapy* terhadap kekuatan otot pasien stroke pada ekstremitas atas $p= 0,004$ ($p < 0,05$) pada ekstremitas bawah $p= 0,001$ ($p < 0,05$).

Saran

Diharapkan dengan penelitian ini bagi tenaga kesehatan dapat menerapkan *mirror therapy* untuk meng- aplikasikan dalam praktik keperawatan dalam mengatasi kelemahan otot pada pasien stroke. Dari berbagai sumber penelitian fungsi dari *mirror therapy* ini dapat mengatasi kelemahan otot, meningkatkan fungsi *Activity Daily Living (ADL)*, dan dapat mengurangi nyeri terhadap kekakuan pada anggota gerak. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan dapat meng- embangkan penelitian lebih lanjut yaitu bisa dilanjutkan terapi ini selain penyakit stroke.

DAFTAR PUSTAKA

1. Patricia GM, et al. (2014). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik Volume 1 dan 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
2. Wildani, M.H., (2010). *Pengaruh Fisioterapi Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Penderita Stroke Non Hemoragik. Vol. 2, No.2, Juli-Desember. Jakarta: Tidak dipublikasikan*
3. WHO. (2011). *Stroke Cerebrovascular Accident*, www.who.org/int/cerebrovascular/disease diakses tanggal 22 desember 2016
4. Ririe, dkk. (2014). *Profil Faktor Resiko yang Dapat dimodifikasi pada kasus Stroke Berulang di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau*. Jom FK Volume 1 No.2. Diakses tanggal 14 Desember 2016
5. Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Tentang Penyakit Tidak Menular Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI: Jakarta*
6. Taufik, Ihsan. (2011). *Tesis: Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Ankle terhadap Proses Penyembuhan Ulkus Kaki Diabetik di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek dan RSUD Jendral A. Yani Provinsi Lampung*. Depok: Jurnal Universitas Indonesia
7. Rizzolatti, et al. (2004). *The Mirror-Neuron System. Annual Review of Neuroscience, 27, 169-192. DOI:10.1146/annurev. neuro.27.070203*

8. Kang, et al. (2012). *Upper Extremity Rehabilitation of Stroke: Facilitation of Corticospinal Excitability Using Virtual Mirror Paradigm* *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation* 9:71
9. Noor, N. N. (2008) *Epidemiologi Edisi Revisi*. Jakarta: Penerbit Rineka Citra
10. Suraoka. IP. (2012). *Penyakit Degeneratif*. Yogyakarta: Nuha Medika
11. Junaidi, Iskandar. (2011). *Stroke: Waspada Ancamannya*. Yogyakarta: Penerbit ANDI
12. *American Heart Association*. (2010). *Heart disease & Stroke Statistics-2010 Update* Dallas, Texas: American Heart Association
13. Bushnell. (2009). "Retrospective Assessment of Initial Stroke Severity: Comparison of the NIH Stroke Scale and The CNS". *Jurnal Stroke*. Volume 32. Hal. 656
14. Suharjo JB, Cahyono B. (2008). *Gaya hidup & Penyakit Modern*. Yogyakarta: Penerbit Kanisus
15. Irdawati. (2012). *Latihan gerak terhadap keseimbangan pasien stroke non hemoragik di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta*. Diunduh pada tanggal 23 Desember 2014
16. Christian, et al. (2008). *Mirror Therapy Promotes Recovery From Severe Hemiparesis: A Randomized Controlled Trial*. *American Society Of Neurorehabilitation*, vol. 20 no. 10
17. Heriyanto, H & Anna, A. (2015). *Perbedaan Kekuatan Otot Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Latihan (Mirror Therapy) Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Hemiparesis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. Bandung: Jurnal Keperawatan Respati
18. Femy dan Vinod. (2012). *Effectiveness of Mirror Therapy as a Home Program in Rehabilitation of Hand Function in Sub-Acute Stroke*. *Int J. Physiother Res*. Vol 2 (1): 365-71. ISSN 2321-1822.