SKRIPSI

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

Penelitian Keperawatan Medikal Bedah

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

SUCI MUSTIKA
14103084105048

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

STIKES PERINTIS PADANG

TAHUN 2018

SKRIPSI

PENGARUH TERAPI CERMIN TERHADAP KEMAMPUAN GERAK PADA PASIEN STROKE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUMPULAN KABUPATEN PASAMAN TAHUN2018

Penelitian Keperawatan Medikal Bedah

Oleh:

SUCI MUSTIKA
14103084105048

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

STIKES PERINTIS PADANG

TAHUN 2018

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : SUCI MUSTIKA

NIM :14103084105048

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Bukuttinggi, 20 Juli 2018

Yang membuat pernyataan,

METERAI TEMPEL
D4B51AFF171122739
6000
ENAM RIBU RUPIAH

(Suci Mustika)

Halaman Persetujuan

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

Oleh :

SUCI MUSTIKA
14103084105048

Skripsi penelitian ini telah di ujikan dan telah di seminarkan

Bukittinggi,20 Juli 2018

Dosen Pembimbing

Pembimbing I	Pembimbing II
Ns. Muhammad Arif, M.kep	Def Primal, M.Biomed. PA
NIK: 1420114098409051	NIK: 1420126128409054

Diketahui,
Ketua Program Studi,

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PRIMA INDONESIA
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN BUKITTINGGI

Ns. Ida Suryati, M. Kep
NIK: 1420130047501027

HALAMAN PENGESAHAN

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

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan sidang tim penguji

Pada

Hari/Tanggal : Jum'at, 20 Juli 2018

Pukul : 10.00 WIB

Oleh :

SUCI MUSTIKA

14103084105048

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir :

Penguji 1 : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep .....

Penguji 2 : Ns. Muhammad Arif, M.Kep .....

Mengetahui,

Ketua Prodi Sarjana Keperawatan STIKes Printis Padang

Ns. Ida Sinyan, M. Kep

NIK: 1420130047501027

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Identitas Mahasiswa:

Nama : SuciMustika

Umur : 22 Tahun

Tempat/Tanggal lahir : Kumpulan, 14 September 1995

Agama : Islam

Kewarganegaraan : Indonesia

Jumlah Saudara : 2 (dua)

Anak ke : 2 (dua)

Identitas Orang tua:

Nama Ayah : Suardi

Pekerjaan Ayah : PNS

Nama Ibu : Muslimar

Pekerjaan Ibu : IRT

Alamat : Kumpulan, PasamanTimur, Sumatera Barat

Riwayat Pendidikan:

Tahun	Pendidikan
2001	Taman Kanak-Kanak Al-Ikhlas
2002	SDN 22 Tabing
2008	MTsNLubukSikaping
2011	SMAN 1 Bonjol
2014	STIKesPerintis Padang

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

Skripsi, Juli 2018

SuciMustika

Pengaruh Terapi Cermin Terhadap KemampuanGerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah KerjaPuskesmas Kumpulan Tahun 2018

ix + VI BAB + 64Halaman + 6Tabel + 2 Skema +1 Gambar +11Lampiran.

ABSTRAK

LatarBelakang: Stroke merupakanpenyakitatauganggguanfungsionalotakberupakelumpuhansarafakibatterhambatnyaalirandarahkeotak.Berdasarkandari data Medikal Record Puskesmas Kumpulan Tahun 2016 terdapat 67,kasussedangkanTahun 2017 terdapat 81 kasus stroke 25 diantaranyapasienrawatjalan yang mengalamikelemahanpadabagianekstremitasdanbelumpernahmendapatkanterapicermin. **Tujuan**:Penelitian ini adalah untuk mengetahui "pengaruh terapi cermin terhadap kemampuangerak pada pasien stroke di wilayahkerjapuskesmaskumpulantahun 2018.**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode *quasi-eksperimen* yaitu *One Group Pretest-postest*.**Intervensi:** Terapicermindilakukan 5-10 menit, 1x sehari, 5x seminggguselama 4 minggu.Sampel dalam penelitian ini sebanyak 11orang responden.**Hasil:** Penelitian ini telah dilakukan Penelitian ini telah dilakukan dari tanggal 5 Februari sampai 3 Maret 2018. 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. **Kesimpulandan Saran:** Disarankan agar terapicermindapatdigunakansebagaisalahsatuterapi non farmakologispadapasien yang mengalamikelemahanekstremitasbaikmelaluipemberianpendidikan di institusipendidikanmaupun di pelayanankesehatanolehtenagakesehatan.

Kata Kunci : Terapi Cermin, Kemampuan Gerak, Stroke

Daftar Bacaan : 17 (2000-2016)

BACHELOR OF NURSING PROGRAM

STIKES PERINTIS PADANG

Seintificparer, July 2018

Suci Mustika

The Effect of Mirror Therapy on Motion Capabilities in Stroke Patients in Kumpulan Public Health Center 2018

ix + VI CHAPTER + 64 Pages + 6 Tables + 2 Schemes + 1 Figure + 11 Attachments.

ABSTRACT

Background: Stroke is a disease or functional disorder of the brain in the form of nerve paralysis due to inhibition of bloodvassel flow to the brain. Based onMedikal Record data of Kumpulan Public Health Center 2016, there were 67 cases.Whereas in 2017 there were 81 cases of stroke 25 witch of them outpatients who experience weakness in the limb and have never received mirror therapy. **Objective**: 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. **Method**: This study used the quasi-experimental method of One Group Pretest-postest. **Interventions**: Mirror therapy performed 5-10 minutes, once a day, 5 times a week for 4 weeks. The sample in this study were 11 respondents. **Results**: This research has been conducted from February 5 to March 3, 2018. The results of statistical tests obtained p value 0,000wich 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. **Conclusion and Suggestions:** 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 Capability, Stroke

Referece: 17 (2000-2016)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT,atasrahmatdankarunia-Nyasehinggapenulisdapatmenyelesaikanskripsiini yang **"Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan GerakPada Pasien Stroke di Wilayah KerjaPuskesmas Kumpulan"** dapatdiselesaikan.

Skripsiini di ajukanuntukmemenuhisalahsatusyaratmenyelesaikanpendidikan S-1 Keperawatan, pada Program StudiIlmuKeperawatanSTIKesPerintis Padang.Dalampenulisanskripsiinipenulisbanyakmendapatkanbimbingandanbantuandariberbagaipihak, makadariitupadakesempatanini, penulismenyampaikanucapanterimakasihkepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed Selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibuk Ns.IdaSuryati,M.KepSelaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. BapakNs.MuhammadArif,M.Kep Selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikanskripsiini.
4. BapakDefPrimal,M.Biomed,PAselaku pembimbing II yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikanskripsiini.

5. Bapakdanibu di prodikeperawatan yang telahmemberikanilmuselamamengikutipendidikan di STIKesperintis Padang.
6. Teristimewakepadakeluargatercinta yang selalumemberikandukunganbaiksecaramorilmaupunmaterisertado'adankasihs ayangnyasehinggapenulislebihsemangatdalammenyelesaikanskripsiini.
7. Rekan-rekan se-angkatan yang telahmemberikandukunganserta saran-saran yang bermanfaatdanmembangun.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

SuciMustika

DAFTAR ISI

Hal.

KATA PENGANTAR ..... **i**

DAFTAR ISI ..... **iii**

DAFTAR TABEL. ..... **vi**

DAFTAR SKEMA ..... **vii**

DAFTAR GAMBAR ..... **viii**

DAFTAR LAMPIRAN. ..... **ix**

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah 1
1.2 Rumusan Masalah 6
1.3 Tujuan Penelitian 6
1.3.1 Tujuan Umum 6
1.3.2 Tujuan Khusus 6
1.4 Manfaat Penelitian 7
1.4.1 Bagi Peneliti 7
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan 7
1.4.3 Bagi Lahan 7
1.5 Ruang Lingkup Penelitian 8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Stroke 9
2.1.1. Defenisi 9
2.1.2. Jenis Stroke 9
2.1.3. Penyebab Stroke 12
2.1.4. FaktorResiko Stroke 13
2.1.5. PenentuanJenis Stroke 19
2.1.6. Patofisiologi 20
2.1.7. Skrining stroke 22
2.1.8. Pemeriksaanpenunjang 22
2.1.9. Hal yang perludiperhatikansaatmenanganipenderita stroke 24
2.1.10. Penatalaksanaanumum stroke 25
2.1.11. Komplikasi stroke 24
2.1.12. Pencegahan stroke. 26
2.2. Konsep Kemampuan Gerak 29

2.2.1. Defenisi 29
2.2.2. Tujuan 29
2.2.3. Metode/Cara 29
2.2.4. Prosedur Assesment Gerak 31
2.2.5. Ruang Lingkup Assesmen Gerak 31
2.3. Konsep Terapi Cermin 32
2.3.1. DefenisiTerapi Cermin 32
2.3.2. Waktu Pelaksanaan Terapi 33
2.3.3. Gerakan Yang Akan Digunakan 33
2.3.4. Prosedur Terapi Cermin 34
2.3.5. Terapi Cermin Untuk Ekstremitas Atas 34
2.3.6. TerapiCerminUntukEkstremitasBawah 35
2.4. Konsepnilai normal kemampuangerak. 36
2.5. Penelitianterkait. 37
2.6. Kerangkateori. 38

BAB III KERANGKA KONSEP
3.1 Kerangka Konsep 39
3.2 Defenisi Operasional 39
3.3 Hipotesis 41

BAB IV METODE PENELITIAN
4.1 Desain Penelitian 42
4.2 Tempat dan Waktu penelitian 43
4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling 43
4.3.1 Populasi 43
4.3.2 Sampel 43
4.3.3 Sampling 45
4.4 Pengumpulan Data 45
4.4.1 Alat Pengumpulan Data 45
4.4.2 Prosedur Pengumpulan Data 46
4.5 Cara Pengolahan dan Analisa Data 47
4.5.1 Cara Pengolahan Data 47
4.5.2 Analisa Data 49
4.6 Etika Penelitian 50
4.6.1 Informed concent 50
4.6.2 Anonimity 50
4.6.3 Confidentiality 51

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasilpenelitian..... 52

5.2 Analisaunivariat 52

5.2.1 Kemampuangeraksebelumdilakukanterapicermin..... 53

5.2.2 Kemampuangeraksesudahdilakukanterapicermin 54

5.3 Analisabivariat 54

5.3.1 Pengaruhterapicerminterhadapkemampuangerak..... 55

5.4 Pembahasan..... 56

5.4.1 Analisaunivariat..... 56

5.4.2 Analisabivariat..... 59

BAB VI PENUTUP

6.1 Kesimpulan 63

6.2 Saran..... 63

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Hal.

Tabel 1.2PenentuanJenis Stroke..... 19

Tabel 2.2Perbedaan Stroke Pendarahan Dan Iskemik. 19

Tabel 3.1 DefenisiOperasional..... 40

Tabel 5.2.1 KemampuanGerakSebelum Di lakukanTerapiCermin. 53

Tabel 5.2.2 KemampuanGerakSesudah Di lakukanTerapiCermin. 54

Tabel 5.3.1 PengaruhTerapiCerminTerhadapKemampuanGerak..... 55

DAFTAR SKEMA

Hal.

2.6 Kerangka Teori..... 38

3.1 Kerangka Konsep 39

DAFTAR GAMBAR

Hal.

Gambar 1 Tindakanterapicermin…….35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : PermohonanMenjadiResponden

Lampiran 2 : Format PersetujuanResponden

Lampiran 3 : LembarObservasiPenelitian

Lampiran 4 : LembarKemampuanGerak*Pre-Post*DilakukanTerapiCermin

Lampiran 5: ProsedurPelaksanaanTerapiCermin

Lampiran 6 : SuratPenelitian

Lampiran 7 : DaftarHadirPenelitian

Lampiran 8 : LembarBimbinganSkripsi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke akut didefenisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau pendarahan (stroke hemoragik) (Mutaqqin, 2008).

Gejala stroke yang muncul sangat bergantung pada bagian otak yang terganggu, gejala kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo atau tidak dapat bicara (afasia), nyeri kepala, penurunan kesadaran, dan gangguan rasa (misalnya kebas di salah satu anggota gerak). Sedangkan stroke yang menyerang cerebellum akan memberikan gejala pusing berputar (vertigo) (Pinzon dan Laksmi, 2010). Orang yang menderita stroke biasanya mengalami banyak gangguan fungsional, seperti gangguan motorik, psikologis atau prilaku, dimana gejala yang paling khas adalah hemiparesis, kelemahan ekstremitas sesisi, 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. 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).

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).

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 laiinya (Beebe & Lang,2009).

Pemulihan ekstremitas dipengaruhi oleh gerakan yang dilakukan agar menstimulasi bagian yang terpengaruh, untuk mengetahui kemampuan atau ketidak mampuan gerakan dasar tubuh bisa dilakukan cara seperti melihat dan melakukan tes kekuatan otot. 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. Keuntungan dari terapi cermin adalah terbentuknya kemandirian dan partisipasi aktif dari klien dengan interaksi yang minimal dengan terapi cermin. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sengkey tahun 2015, tentang *Mirror theraphy in stroke rehabilitation.* Didapatkan hasil p value 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa *Mirror theraphy in stroke rehabilitation* efektif untuk pasien stroke (Sengkey, 2014).

Prosedur umum cermin terapi adalah pasien duduk di depan Cermin yang berorientasi sejajar dengannya garis tengah menghalangi pandangan yang terkena Tungkai yang diposisikan di belakang cermin. Sambil menatap cermin, pasien melihat pantulan anggota badan yang tidak terpengaruh diposisikan sebagai anggota badan yang terkena. Ini Pengaturannya pas untuk membuat visual ilusi dimana pergerakan atau sentuhan anggota badan yang utuh dapat dianggap sebagai mempengaruhi anggota tubuh paretik.Setelah itu,Pasien melakukan gerakan anggota badan yang tidak rusak saat menontonnya refleksi cermin ditumpangkan di atas (tak terlihat) tungkai yang terganggu (Sengkey, 2014).

Percobaan ahli menegaskan bahwa pembalikan citra visual sebuah tangan dapat menghasilkan korteks lateral aktif. Dengan kata lain, saat tangan kanan digunakan, tapi dirasakan sebagai tangan kiri, ini mengarah ke aktivasi tambahan dari hak belahan bumi (dan sebaliknya). Cermin memberi pasien masukan visual yang tepat cermin refleksi dari lengan yang baik terlihat seperti lengan yang terpengaruh bergerak mengikuti lengan yang baik. (Sengkey,2014).

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 (Yastroki, 2012). Prevalensi stroke di seluruh Dunia berjumlah 33 juta, dengan 16,9 juta orang mengalami stroke pertama. Di Amerika jumlah penderita stroke sekitar 795.000 orang pertahun (American Heart Association (AHA), 2015). Pada negara-negara ASIA Pasifik angka kejadian stroke pada orang dewasa diperkirakan 2,7% dari populasi (AHA, 2014).

Berdasarkan data WHO (2016) setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Tiga juta orang diseluruh dunia mengalami kelumpuhan akibat stroke. Di Indonesia, menurut Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) dilihat dari Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2016, terjadi peningkatan prevelensi (angka kejadian) stroke (dengan kriteria didiagnosis oleh tenaga kesehatan) dari 8,3 per 1000. Sumatera Barat stroke menempati urutan ke 6 dari 33 propinsi dengan persentase 10,6% dengan jumlah penderita stroke 35.108 orang (Profil Dinas Kesehatan, 2016).

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. Dari data diatas terlihat adanya peningkatan kasus stroke dari tahun 2016 sampai 2017. Penanganan yang diberikan di Puskesmas Kumpulan biasanya hanya mengukur tekanan darah. Survey awal yang dilakukan peneliti ke rumah pasien dari 2 orang pasien mengatakan belum mendapatkan informasi tentang

terapi cermin, sebagian besar pasien yang mengalami stroke hanya mengandalkan pengobatan medis dan ditambah dengan mengkonsumsi obat tradisional seperti buah mengkudu yang bisa menurunkan tekanan darah dan latihan berjalan di sekitar rumah. Informasi dari petugas puskesmas mengatakan tahu tentang terapi cermin ini tapi belum menerapkan kepada pasien dan hanya melakukan ROM.

Berdasarkan fenoma di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul "pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018.

1.2.Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018.

1.3.Tujuan Penelitian

1.3.1.Tujuan Umum

Diketahuinya pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018.

1.3.2.Tujuan Khusus

a. Diketahuinya rerata kemampuan gerak sebelum dilakukan terapi cermin pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018
b. Diketahuinya rerata kemampuan gerak sesudah dilakukan terapi cermin pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018

c. Adanya pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018

1.4.Manfaat Penelitian

1.4.1.Bagi Peneliti

Dapat menerapkan ilmu penelitian yang telah dipelajari dan sebagai salah satu pemenuhan syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan. Selain itu menambah wawasan penelitian dalam bidang ilmu yang diteliti yaitu pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja puskesmas kumpulan tahun 2018 dan mengembangkan kemampuan peneliti dalam membuat karya tulis ilmiah.

1.4.2.Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan sumbangan pemikiran khususnya bagi Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang. Yang kiranya dapat berguna sebagai informasi dan perbandingan atau juga pemahaman bagi peneliti lain, terutama yang berhubungan dengan kemampuan gerak pada pasien stroke.

1.4.3.Bagi Lahan

Sebagai bahan masukan atau informasi untuk petugas kesehatan, organisasi profesi atau instansi terkait dangan masalah penelitian ini, sehingga dapat menambah atau meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya terhadap pasien stroke.

1.5.Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018. Dimana variabel independen yang akan diteliti adalah terapi cermin. Variabel dependen adalah kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Pasien stroke yang mengalami gangguan gerak di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 11 orang. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 5 Februari sampai 3 Maret 2018 di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan. Penelitian ini menggunakan metode *quasi eksperiment*, dengan desain *One Group Pretest-Postest.* Tempat penelitian adalah di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan. Instrumen yang dipakai untuk penelitian ini adalah dengan menggunakan lembar observasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Stroke

2.1.1.Defenisi

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2011).

Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak.Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak. Dari batasan dan pengertian tersebut, disimpulkan bahwa pada dasarnya stroke merupakan gangguan suplai darah ke otak yang mengakibatkan terganggunya fungsi otak (Feigin, 2004).

2.1.2.Jenis Stroke

Menurut Muttaqin (2011), klasifikasi stroke menurut patologi dari serangan stroke dibagi atas 2 bagian :

a. Stroke Hemoragik

Merupakan pendarahan serebri dan mungkin juga pendarahan subarachnoid.Stroke ini di sebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di oak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadianya saat melakukan aktifitas

atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.

Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena tyrauma tetapi disebabkan pecahnya pembuluh arteri, vena, dan kapiler. Perdarahan otak dibagi 2 yaitu :

1. Perdarahan intra serebri

   Pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK dapat terjadi dengan cepat yang mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra serebri yang disebabkan hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons, dan serebellum.

2. Perdarahan Sub Arachnoid

   Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisme yang berawal dari pembuluh darah sirkulasi willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar perankim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebri yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparise, gangguan sensorik, afasia , dan lainya). Vasospasme ini sering kali terjadi 3-5 hari setelah

timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5 sampai hari ke 9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2 sampai minggu ke 5.

b. Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari.Tidk terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan adema sekunder. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O2 melalui proses metabilic anaerob, yang dapat menimbulkan dilatasi pembuluh darah otak.

Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit atau stadiumnya dibagi menjadi :

1. TIA, merupakan neurologic local yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
2. Stroke Involusi, merupakan stroke yang terjadi masih terus berkembang. Gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses ini dapat terjadi 24 jam atau beberapa hari.
3. troke Komplit, Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap ataupermanen dan dapat di awali oleh serangan TIA berulang

2.1.3.Penyebab Stroke

Menurut Feigin (2004), penyebab stroke adalah:

a. Stroke Iskemik

Hampir 85% stroke disebabkan oleh:

1. Sumbatan oleh bekuan darah.
2. Penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak.
3. Embolus (kotoran) yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakrani (arteri yang berada di luar tengkorak) yang menyebabkan sumbatan di suatu atau beberapa arteri intrakrani (arteri yang ada di dalam tengkorak).
4. Pada orang berusia lebih dari 65 tahun, penyumbatan dapat disebabkan oleh aterosklerosis.
5. Gangguan darah.
6. Peradangan.
7. Infeksi.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan kedalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematom intraserebrum) atau ke dalam ruang subaraknoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subaraknoid). Ini adalah jenis stroke yang mematikan, tetapi relatif hanya menyusun

sebagian kecil dari stroke total: 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subaraknoid.

Perdarahan dari sebuah arteri intrakranium biasanya disebabkan oleh aneurisma (arteri yang melebar) yang pecah atau karena suatu penyakit.

Penyakit yang menyebabkan dinding arteri menipis dan rapuh adalah penyebab tersering perdarahan intraserebrum.Penyakit semacam ini adalah hipertensi atau angiopati amiloid (di mana terjadi pengendapan protein di dinding aarteri-arteri kecil di otak). Pecahnya sebuah aneurisma merupakan penyebab tersering perdarahan subaraknoid, kadang satu-satunya gejala perdarahan subaraknoid adalah nyeri kepala, tetapi jika diabaikan gejala ini dapat berakibat fatal.

2.1.4.Faktor Resiko Stroke

Menurut Feigin (2004), faktor resiko stroke adalah:

a. Hipertensi

Tekanan darah orang dewasa digolongkan sebagai normal jika tekanan darah sistolik (tekanan saat jantung berkontraksi) kurang dari 120 mmHg dan tekanan darah diastolik (tekanan saat jantung terisi darah) kurang dari 80 mmHg, berapa pun usia atau jenis kelamin mereka. Tekanan darah tinggi disebut hipertensi. Meningkatnya risiko stroke dan penyakit kardiovaskular lain berawal pada tekanan 115/75 mmHg dan meningkat dua kali lipat setiap peningkatan 20/10 mmHg. Orang yang jelas menderita hipertensi (tekanan darah sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg atau tekanan darah diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg)

memiliki risiko stroke tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tekanan darahnya normal atau rendah.

b. Penyakit jantung.

Orang yang mengidap masalah jantung, misalnya angina, fibrilasi atrium, gagal jantung, kelainan katup, katup buatan, dan cacat jantung bawaan, berisiko besar mengalami stroke.

c. Aterosklerosis.

Aterosklerosis (mengerasnya arteri) adalah salah satu penyebab utama stroke, terutama stroke iskemia dan TIA.

d. Kadar kolesterol yang tinggi.

Meskipun zat lemak (lipid) merupakan komponen integral dari tubuh, kadar lemak darah (terutama kolesterol dan trigliserida) yang tinggi meningkatkan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner.

e. Serangan iskemik sesaat.

Sekitar 1 dari 100 orang dewasa akan mengalami paling sedikit satu kali serangan iskemik sesaat (*transient ascheamic attack* atau TIA) seumur hidup mereka.

f. Diabetes.

Diabetes melitus adalah suatu penyakit umum yang mengenai sekitar 1 dari 30 orang dewasa. Namun, mengidap penyakit ini akan menggandakan kemungkinan terkena stroke, karena diabetes menimbulkan perubahan pada sistem vaskular (pembuluh darah dan jantng) serta mendorong terjadinya aterosklerosis.

g. Jenis kelamin dan penuaan.

Pria berusia kurang dari 65 tahun memiliki risiko terkena stroke iskemik atau perderahan intraserebrum lebih tinggi sekitar 20% daripada wanita.

h. Riwayat keluarga dan genetika.

Kelainan turunan sangat jarang menjadi penyebab langsung stroke.Namun, gen memang berperan besar dalam beberapa faktor risiko stroke, misalnya hipertensi, penyakit jantung, diabetes, dan kelainan pembuluh darah.

i. Aneurisma intrakranium yang belum pecah.

Aneurisma adalah suatu bagian di dinding arteri yang melemah dan menonjol keluar.

j. Migrain.

Migrain adalah bentuk khusus nyeri yang didiagnosis harus ditegakkan oleh dokter.Migrain, terutama jika didahului oleh sensasi kilatan cahaya (aura), adalah faktor risiko stroke bagi pria dan wanita, terutama wanita berusia kurang dari 50 tahunyang juga merokok dan menggunakan kontrasepsi oral. Namun, risiko stroke untuk mengidap migrain berkurang seiring dengan pertambahan usia.

k. Masalah medis lain.

Sejumlah kelainan medis lain dapat berperan sebagai faktor risiko stroke. Kelainan tersebut mencakup berbagai gangguan darah, seperti penyakit sel sabit (*sickle-cell disease*) dan kelainan pembekuan darah lain, serta adanya antibodi antifosfolipid.Penyakit-penyakit ini relatif jarang menyebabkan stroke dan umumnya dijumpai pada pasien berusia kurang dari 45 tahun.

l. Merokok.

Merokok meningkatkan risiko terkena stroke empat kali lipat.Hal ini berlaku bagi semua jenis rokok (sigaret, pipa, dan cerutu) dan untuk semua tipe stroke, terutama perdarahan subaraknoid dan stroke iskemik.

m. Makanan yang tidak sehat.

Makanan yang tidak sehat dan tidak seimbang (misalnya, makanan yang kaya lemak jenuh, atau garam dan kurang buah serta sayuran) adalah salah satu faktor risiko stroke yang paling signifikan.

n. Kelebihan alkohol.

Meskipun mengonsumsi alkohol dalam jumlah ringan (kurang dari 30 gram per hari dan kurang dari 15 gram untuk wanita) mengurangi risiko stroke (terutama stroke iskemik), minum alkohol secara teratur melebihi jumlah ini, mabuk-mabukan (minum 75 gram alkohol atau lebih dalam periode 24 jam), dan alkoholisme (kecanduan alkohol) meningkatkan tekanan darah sehingga meningkatkan risiko stroke (terutama stroke hemoragik) beberapa kali lipat.

o. Inaktivitas fisik.

Orang yang kurang aktif secara fisik (mereka yang berolahraga kurang dari tiga kali atau kurang perminggu, masing-masing selama 30 menit) memiliki hampir 50% peningkatan risiko terkena stroke dibandingkan dengan mereka yang aktif.

p. Mendengkur dan apnea tidur.

Mendengkur sendiri bukanlah suatu faktor risiko stroke, namun jika disertai oleh apnea tidur (periode tidak bernapas berkala yang berlangsung lebih dari sepuluh detik), mendengkur dapat meningkatkan risiko terkena stroke sewaktu tidur.

q. Kontrasepsi oral.

Sebagian besar kontrasepsi oral mengandung estrogen dan progesteron; kontrasepsi gabungan ini disebut kontrasepsi oral kombinasi, dan pil ini dapat meningkatkan tekanan darah serta menyebabkan darah lebih kental dan lebih mudah membentuk bekuan/gumpalan.

r. Terapi insulin hormon.

Terapi insulin hormon (*hormone replacement therapy* atau HRT) diberikan kepada beberapa wanita menopause atau pascamenopause untuk meningkatkan kekuatan tulang mereka serta untuk mengurngi risiko kanker kolorektum.Namun, terdapat bukti bahwa HRT (terutama kombinasi estrogen dan progesteron) meningkatkan risiko stroke yang aktif.

s. Kehamilan.

Stroke jarang terjadi pada wanita usia subur, meskipun kehamilan telah lama dikenal sebagai suatu faktor yang meningkatkan risiko stroke pada wanita muda.

t. Stres dan depresi.

Kadang-kadang pekerjaan, hubungan pribadi, keuangan, dan faktor-faktor lain menimbulkan stres psikologis, dan penyebabnya tidak dapat selalu dapat dihilangkan. Meskipun sebagian besar pakar stroke menganggap bahwa serangan stres yang timbul sekali-sekali bukan merupakan faktor risiko stroke, namun stres jangka panjang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan kadar kolesterol.

u. Narkoba.

Heroin, amfetamin, kokain, fensiklidin, mariyuana, dan obat-obat untuk kesenangan lainnya dapat menyebabkan stroke akibat peradangan arteri dan vena, spasme (kejang) arteri di otak, disfungsi jantung, peningkatan pembekuan darah, atau peningkatan mendadak tekanan darah.

v. Kelebihan berat badan.

Kelebihan berat badan meningkatkan risiko stroke sekitar 15% dengan meningkatkan hipertensi, penyakit jantung, diabetes tipe-II, dan aterosklerosis. Juga, terdapat bukti-bukti bahwa kekurangan berat badan dapat meningkatkan risiko terkena perdarahan subaraknoid.

w. Faktor risiko lain.

Suhu tubuh yang rendah pada musim dingin dapat meningkatkan risiko stroke dapat meningkat tekanan darah dan mempermudah pembekuan darah, terutama pada orang berusia lanjut dan orang dengan risiko stroke.Juga, terdapat bukti bahwa infeksi virus dan bakteri, bersama

dengan faktor risiko lain, dapat sedikit meningkatkan risiko timbulnya stroke dengan meningkatkan kemampuan darah untuk membeku.

2.1.5.Penentuan Jenis Stroke

Menurut Junaidi (2011), secara sederhana jenis stroke dapat dikenali dari kecepatan terjadinya serangan. Berikut ini merupakan gambaran klinis yang dapat digunakan untuk menentukan jenis stroke.

Tabel 1.2
Gambaran Klinis Untuk Menentukan Jenis Stroke

Jenis Stroke	Nyeri Kepala	Gangguan kesadaran	Defisit fokal/kelumpuhan
Stroke Iskemik/infark	Tidak ada/ringan	Tidak ada/ringan	Berat
Stroke perdarahan (PIS)	Berat	Berat	Berat
Stroke Perdarahan (PSA)	Sedang-berat	Sedang	Ringan/tidak ada

PIS = perdarahanintra serebral, PSA = perdarahan sub-arakhnoid

(sumber: Junaidi, 2011)

Tabel 2.2
Perbedaan Stroke Perdarahan dan Iskemik

Tanda dan Gejala	Stroke perdarahan	Stroke iskemik
Saat kejadian/onset	Sedang aktif	Saat istirahat
Peringatan TIA	Tidak ada	Ada
Nyeri kepala	Hebat	Ringan/sangat ringan
Kejang	Ada	Tidak ada
Muntah	Ada	Tidak ada
Penurunan kesadaran	Sangat nyata	Ringan/sangat ringan
Nadi bradikardia/lambat	++ (sejak awal)	+/- (hari ke 4)
Edema papil mata	+ (sering)	-
Kaku kuduk	+	-
Kernig, brudzinski	++	-

(sumber: Junaidi, 2011)

2.1.6.Patofisiologi

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama akan menyebabkan iskemia otak. Iskemia yang terjadi dalam waktu singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemia yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan menyebabkan infark pada otak (Batticaca, 2011).

Infark serebri merupakan suatu keadaan berkurangnya suplai darah ke bagian otak tertentu. Luas infark tergantung pada beberapa faktor seperti lokasi, besar pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang di suplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan lokal atau karena gangguan umum. Aterosklerosis mengakibatkan terbentuknya falaks sehingga terjadinya trombus di otak atau darah dapat beku pada daerah yang stenosis, tempat aliran darah akan melambat atau terjadi trombosis. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam pembuluh darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak pada daerah pembuluh darah bersangkutan dan terjadi edema serta kongesti di sekitar area.

Area edema ini akan mengakibatkan disfungsi yang lebih besar dari daerah yang infak itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau

kadang dalam beberapa hari. Berkurangnya edema pasien akan mulai menunjukkan perbaikan.

Oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi infeksi sepsis akan meluas pada dinding pembuluh darah, maka akan menyebabkan dilatasi aneurisma pada pembuluh darah. Hal ini kan menyebabkan perdarahan serebri jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan intraserebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibanding dari keseluruhan penyakit serebrovaskuler. Perdarahan yang luas akan mengakibatkan destruksi masa otak dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasis otak pada falaks serebri atau lewat foramen magnum. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang banyak akan meningkatkan tekanan intrakranial dan mengakibatkan menurunnya tekanan perfusi otak sehingga terganggunya drainase otak.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons (Muttaqin, 2008).

2.1.7.Skrining Stroke

Menurut Junaidi (2011), untuk mengetahui lebih awal stroke dapat dilakukan dengan melakukan skrining sederhana pada pasien yang dicurigai stroke. Tanda atau gejala salah satu keadaan dibawah ini yang patut diduga stroke adalah:

a. Mulut mencong (*facial drop*), caranya dengan meminta penderita memperlihatkan giginya atau tersenyum.

   Normal: kedua sisi muka bergerak simetris.

   Abnormal: salah satu sisi muka tertinggal/tidak bereaksi

b. Gangguan bicara dan bahasa. Penderita diminta mengucapkan kata atau kalimat tertentu.

   Normal: dapat mengucapkan kata/kalimat dengan benar dan jelas.

   Abnormal: tidak mampu/bicara rero/pelo/cadel, kalimat yang salah

c. Lengan lemah (*arm drift*). Menahan kedua lengannya lurus ke depan sekitar 10 detik, dengan mata tertutup

   Normal: kedua lengan dapat bergerak bersamaan dan sejajar.

   Abnormal: salah satu lengan bergerak turun/tidak sejajar

d. Gangguan gerakan bola mata dan gangguan koordinasi gerak.

2.1.8.Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan alat:

   1. CT-Scan (computerize tomographic scanner)
   2. MRI (magnetic resonance imaging)
   3. DWI (diffusin weighted imaging)

4. MRS (magnetic resonance spectroscopy)
5. Doppler
6. PET (photon emission tomography)
7. ECG (electro cardiography)

b. Pemeriksaan Laboratorium

Untuk penyakit stroke sukses terapi juga tergantung pada adanya fasilitas sederhana yang mampu berfungsi selama 24 jam penuh dengan kecermatan yang memadai. Fasilitas tersebut adalah tersedianya laboratorium klinik biasa untuk memantau kadar gula darah, kadar Hb, serum elektrolit, serum albumin, keadaan osmolalitas, serta pemeriksaan yang perlu untuk memantau keadaan pasien. Hal-hal lain yang perlu di periksa:

1. Darah pasien diperiksa untuk mengukur saturasi oksigen. Apabila saturasi oksigen menurun perlu dilakukan koreksi.
2. Tekanan darah diukur pada kedua lengan. Perbedaan yang mencolok antara kedua sisi mungkin menandakan adanya kelainan pembuluh darah seperti aorta diseccans. Tekanan darah yang tinggi tanpa gejala dekompensasi jantung sebaiknya tidak diturunkan secara cepat. Tekana darah yang terlampau rendah pada fase akut ini mengundang bahaya baru karena akan mengurangi aliran darah ke otak. Otoregulasi aliran darah otak pada saat akut tidak berfungsi.

3. Nadi pasien perlu diperiksa, sebab nadi yang terlalu cepat dan atau tidak teratur mungkin menandakan adanya stroke embolik.

2.1.9.Hal yang Perlu Diperhatikan Saat Menangani Penderita Stroke

a. Mengusahakan agar diagnosis dan diagnosis banding stroke selesai secepat mungkin.
b. Mengupayakan kerusakan otak yang terjadi seminimal mungkin dengan cara melakukan tindakan ABC-nya perawatan kritis saat pasien masih di unit gawat darurat.
c. Hindari dan obati setiap kemungkinan komplikasi stroke yang dijumpai.
d. Mencegah terjadinya stroke ulangan.
e. Memaksimalkan penyembuhan fungsional pasien.

Secara sederhana jenis stroke dapat dikenali dari kecepatan terjadinya serangan, jika stroke datangnya secara perlahan atau bertahap kemungkinan besar disebabkan oleh trombosis. Stroke yang disebabkan oleh perdarahan atau emboli pada umumnya terjadi secara cepat dan mendadak.Bila disertai dengan sakit kepala hebat, mual, muntah, rasa sakit, atau pingsan maka ini disebabkan oleh perdarahan.Jadi bila timbulnya gejala stroke perlahan, tidak disertai sakit kepala, mual, muntah, pingsann maka dapat diputuskan bahwa ini adalah stroke iskemik dan pengobatannya dapat segera diberikan sambil pemeriksaan lebih lanjut dijalankan (Junaidi, 2011).

Pemeriksaan yang dilakukan pada fase hiperakut hanya dilakukan yang penting-penting saja untuk memastikan arah terapi.Hal ini perlu

mendapatkan perhatian petugas medis karena waktu emas untuk mencegah kerusakan otak hanya 3-6 jam saja. Jadi tidak boleh terpaku dengan prosedur pemeriksaan lengkap sebelum pengobatan awal dilakukan dalam 3 jam setelah stroke menyerang (Junaidi, 2011).

2.1.10.Penatalaksanaan Umum Stroke

Tujuan dari penatalaksanaan stroke secara umum adalah menurunkan morbiditas dan tingkat kematian serta menurunnya angka kecacatan. Salah satu upaya yang berperan penting untuk mencapai tujuan tersebut adalah pengenalan gejala stroke dan penanganan stroke secara dini yang dimulai dari penanganan pra-hospital yang cepat dan tepat. Keberhasilan penanganan stroke akut dimulai dari pengetahuan masyarakat serta petugas kesehatan bahwa stroke merupakan keadaan gawat darurat.

Tindakan pertama dalam menangani pasien stroke adalah dengan menilai terhadap sistem pernapasan dan jantung. Pemeriksaan jalan napas meliputi pemeriksaan pada daerah mulut, seperti sisa makanan, gigi palsu, atau benda apapun yang dapat menghalangi jalan napas penderita. Pada jam-jam pertama perlu dilakukan pemeriksaan tekanan darah. Bila ada riwayat tekanan darah tinggi dapat diberikan obat antihipertensi sesuai resep dokter. Dalam pemberian obat antihipertensi kita harus waspada terhadap penurunan tensiyang terlalu cepat/ rendah karena dapat mengakibatkan aliran darah ke otak malah berkurang. Periode menit-menit pertama sampai beberapa jam setelah stroke merupakan periode kritis, dinamis, dan potensial untuk pulih kembali. Bila penanganan dapat diberikan secara cepat, tepat

dan cermat maka kemungkinan penderita untuk pulih sempurna masih bisa dicapai. Sekarang pengobatan stroke harus memikirkan kemungkinan dengan melakukan intervensi yang lebih aktif dengan tujuan:

a. Membatasi luasnya infark dengan mengurangi perluasan kerusakan area penumbra.
b. Memperbaiki fungsional fungsi neuron, membatasi kecacatan.
c. Memperbaiki integrasi kembali pasien stroke ke masyarakat.

2.1.11.Komplikasi Stroke

Menurut Junaidi (2011), komplikasi penyakit stroke adalah:

a. Dekubitus: tidur terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti: pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit.
b. Bekuan darah: bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru.
c. Pneumonia: terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi.
d. Kekakuan otot dan sendi: terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi.
e. Stres/depresi: terjadi karena pasien merasa tidak berdaya dan ketakutan akan masa depan.

f. Nyeri pundak dan dislokasi: terjadi karena otot disekitar pundak yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan saat ganti pakaian atau saat ditopang orang lain.

g. Pembengkakan otak.

h. Infeksi: saluran kemih, paru (pneumonia aspirasi).

i. Kardiovaskuler: gagal jantung, serangan jantung, emboli paru.

j. Gangguan proses berpikir dan ingatan: pikun/demensia.

2.1.12.Pencegahan Stroke

Menurut Junaidi (2001), pencegahan penyakit stroke adalah:

a. Pencegahan primer

Langkah pertama dalam mencegah stroke adalah dengan memodifikasi gaya hidup dalam segala hal dan memodifikasi faktor resiko. Bila dianggap perlu atau gagal baru dilakukan terapi dengan obat untuk mengatasi penyakit dasarnya, seperti: antihipertensi, antihiperlipidemik, antidiabetes. Anjuran bagi pasien dalam pencegahan primer sebagai berikut:

Menghindari:

1. Rokok,
2. Stres mental,
3. Minum kopi dan alkohol,
4. Kegemukan
5. Obat-obatan golongan yang mempengaruhi serebrovaskelaer, seperti: amfetamin, kokain, dan sejenisnya.

Mengurangi:

Asupan lemak, asupan kalori, konsumsi garam berlebihan (diet rendah garam), kolesterol yang berlebihan.

Mengontrol atau mengendalikan:

1. Hipertensi,
2. Kencing manis (DM),
3. Penyakit jantung,
4. Penyakit aterosklerosis dengan warfarin atau aspirin,
5. Konsumsi makanan seimbang,
6. Olahraga teratur,
7. Dislipidemia (kadar lemak darah).

b. Pencegahan sekunder

Mengontrol faktor resiko stroke melalui modifikasi gaya hidup seperti:

1. Mengobati hipertensi dengan obat dan diet
2. Mengobati DM dengan obat hipoglikemik dan diet
3. Mengobati penyakit jantung dengan antitrombotik
4. Mengatasi dislipidemia dengan diet rendah lemak
5. Stop merokok
6. Hindari konsumsi alcohol
7. Menghindari kegemukan akibat kurang olahraga.
8. Mencegah terjadinya polisitemia (jumlah sel darah merah tinggi).
9. Menghindari stres.
10. Mengatasi keadaan depresi.

2.2.Konsep Kemampuan Gerak

2.2.1.Defenisi

Assesment gerak adalah proses pengumpulan informasi atau data tentang penampilan gerakan yang relevan untuk pembuatan keputusan dan program baik yang dilakukan guru maupun yang dilakukan oleh terapis (Sudarsini, 2017).

2.2.2.Tujuan

Secara umum assesmen gerak bertujuan untuk memperoleh data/informasi tentang kemampuan dan ketidak mampuan gerak dalam melakukan kegiatan hidup sehari-hari. Sedangkan secara khusus bertujuan:

a. Mengetahui kekuatan otot-otot.
b. Mengetahui luas daerah gerak sendi(*Range of Motion*).
c. Mengetahui kemampuan dan ketidakmampuan gerakan anggota tubuh sesuai dengan perkembangan gerak.
d. Mengetahui gerak dasar tubuh.
e. Mengetahui gerak koordinasi dan keseimbangan.
f. Mengetahui kemampuan gerakan melakukan aktifitas hidup sehari-hari.
g. Merancang program bina gerak yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan masing-masing.

2.2.3. Metode/Cara

Ada beberapa cara dalam melaksanakan assesment gerak, yaitu:

a. Observasi (pengamatan)

Digunakan untuk mengetahui kemampuan dan ketidak mampuan gerakan setiap anggota tubuh, untuk mengetahui kemampuan gerak dasar tubuh, dan untuk mengetahui kemampuan gerak koordinasi dan keseimbangan.

b. Metedo tes

Digunakan untuk mengetahui kekuatan otot-otot, untuk mengetahui luas daerah gerak sendi, dan untuk mengetahui pola gerak yang benar dalam melakukan aktifitas hidup sehari-hari. Untuk mengetahui kekutan otot-otot dilakukan dengan mengadakan tes otot (*Muscle testing*) yang dilaksanakan oleh fisioterapi. Dan untuk mengetahui luas daerah gerak sendi (*Range of Motion*) dilakukan dengan cara mengadakan pengukuran dengan alat Goniometer.

Nilaim otot berentang mulai dari 0 sampai dengan 5

Nilai 0: Otot sama sekali tidak berkontraksi.

Nilai 1: Ada kontraksi otot saja.

Nilai 2: Ada kontraksi otot dan dapat menggerakan sendi tetapi gerakannya tidak dapat melawan gravitasi bumi.

Nilai 3: Ada kontraksi otot, dapat menggerakan sendi dan gerakannya dapat melawan gravitasi bumi tanpa beban.

Nilai 4: Ada kontraksi otot, dapat menggerakan sendi dan gerakannya dapat melawan gravitasi bumi dengan sedikit beban.

Nilai 5: Normal.

2.2.4.Prosedur Assesment Gerak

Tiga Prosedur assesmen meliputi tahap:

a. Tahap persiapan, terdiri dari: perumusan program assesmen, persiapan instrumen, persiapan alta-alat dan sasaran.
b. Tahap pelaksanaan, terdiri dari: pelaksanaan observasi dan tes kemampuan gerak sesuai dengan programnya.
c. Tahap penentuan dan tindak lanjut, terdiri dari: penentuan-penentuan atau perumusan hasil observasi dan tes, tindak lanjut hasil assesmen untuk menyusun program intervensi.

2.2.5.Ruang Lingkup Assesmen Gerak

Adapun ruang lingkup assesmen gerak meliputi:

a. Data tentang kekuatan otot-otot, yaitu: otot-otot leher, bahu dan lengan, otot perut, punggung dan pinggang, otot panggul dan tungkai.
b. Data tentang luas daerah gerak sendi atau range of motion (ROM), yaitu: ROM sendi bahu, siku, pergelangan tangan dan jari-jari tangan ROM sendi paha lutut, pergelangan kaki dan jari-jari kaki.
c. Data tentang kemampuan dan ketidakmampuan gerakan setiap anggota tubuh sesuai dengan perkembangan gerak, yaitu:

kemampuan gerakan kepala, anggota gerak atas,(AGA), gerakan perut, punggung dan pinggang, anggota gerak bawah (AGB).

d. Data tentang kemampuan gerak dasar tubuh, yaitu: kemampuan dari telentang ke posisi miring ke tengkurep, kemampuan berguling, merayap, merangkak, duduk berdiri, berjalan dan berlari.

e. Data tentang kemampuan gerak koordinasi dan keseimbangan, yaitu: kemampuan koordinasi motorik kasar, motorik halus, koordinasi mata dan anggota tubuh, keseimbangan dalam duduk, berdiri, dan berjalan.

f. Data tentang kemampuan gerak dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari, yaitu: gerakan membersihakan diri, berpakaian, rias diri, makan dan minum, memakai alat bantu, menyelamatkan diri dari bahaya, gerakan bermain, dan mobilitas.

2.3. Konsep Terapi Cermin

2.3.1. Defenisi Terapi Cermin.

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).

2.3.2. Waktu Pelaksanaan Terapi

Menurut Levin (2000), pada kedua tungkai atas dan bawah, jumlah terapi cermin yang telah diuji adalah 30 menit per hari. Biasanya dosisnya akan terlihat seperti ini:

a. 30 menit 5x seminggu selama 4 minggu
b. 30 menit 2x seminggu selama 5 minggu
c. 15 menit 6x seminggu selama 4 minggu

2.3.3. Gerakan Yang Akan Digunakan

Menurut Levin (2000), gerakan yang diupayakan harus dasar dan mungkin termasuk

Lengan dan tangan:

1. Membuka dan menutup tangan
2. Membalik lengan bawah dan tangan dari telapak tangan sampai ke telapak tangan
3. Membungkuk dan meluruskan pergelangan tangan
4. Sentuh jempol ke ujung jari

Terapi cermin bisa dilakukan untuk kaki juga, biasanya dilakukan dengan korban duduk di kursi. Cermin meluncur di antara dua kaki. Kepala diposisikan di sisi cermin yang mencerminkan kaki yang bagus. Yang

selamat kemudian melihat cermin, yang memberikan pantulan kaki sisi baik. Dua gerakan biasanya merupakan fokus terapi cermin ekstremitas bawah:

1. Gerakkan kaki ke atas dan ke bawah pada pergelangan kaki (dorsofleksi)
2. Geser kaki ke depan dan ke belakang (ke arah Anda). untuk membuat geser lebih mudah, kenakan kaus kaki di lantai yang keras, atau letakkan kain di bawah kaki.

2.3.4. Prosedur Terapi Cermin

Prosedur umum cermin terapi adalah pasien duduk di depan cermin yang berorientasi sejajar dengannya garis tengah menghalangi pandangan yang terkena tungkai yang diposisikan di belakang cermin. Sambil menatap cermin, pasien melihat pantulan anggota badan yang tidak terpengaruh diposisikan sebagai anggota badan yang terkena. Ini pengaturannya pas untuk membuat visual ilusi dimana pergerakan atau sentuhan anggota badan yang utuh dapat dianggap sebagai mempengaruhi anggota tubuh paretik. Setelah itu pasien melakukan gerakan anggota badan yang tidak rusak saat menontonnya refleksi cermin ditumpangkan di atas (tak terlihat) tungkai yang terganggu (Sengkey, 2014).

2.3.5.Terapi Cermin Untuk Ekstremitas Atas

Terapi cermin untuk ekstremitas atas pasien stroke duduk dan cermin sejajar untuk berpotongan dengan tubuh pasien di pesawat sagital di dada tingkat. Hal ini biasanya dilakukan dengan menempatkancermin di atas meja dengan

tangan beristirahat di atas meja di kedua sisi cermin. Bagian reflektif cermin menghadap sisi yang tidak terpengaruh. Saat pasien melihat ke dalam cermin, yang mereka lihat tidak terpengaruh sisi. Cermin menghalangi pandangan dari sisi tubuh yang tidak terpengaruh. Pasien menatap ke cermin yang mencerminkan "baik" tangan.Saat tangan 'baik' digerakkan cermin memberi ilusi bahwa "buruk"tangan bergerak dengan sangat baik. Korban stroke selamat mencoba untuk menyalin pergerakan lengan "baik" dan tangan ke hemiparetik lengan. Meski penderita stroke hanya melihat pantulan tangan yang baik, Gerakan terlihat simetris (Gambar 1).

Gambar 1
Tindakan Terapi Cermin, Sengkey (2014)

2.3.6.Terapi Cermin Untuk Ekstremitas Bawah

Pelaku stroke bisa masuk ke dalam lama duduk di alas atau duduk di atas kursi. Keuntungan dari alas adalah bahwa ekstremitas bawah lebih mudah dilihat. Keuntungan dari kursi adalah mungkin saja lebih nyaman untuk

beberapa pasien. Di Kedua kasus tersebut, cermin diletakkan di antara kaki pasien untuk memotong tubuhnya pesawat sagital menghadap sisi yang tidak terpengaruh pasien diinstruksikan untuk melakukan plantar dan dorsofleksi dari pergelangan kaki yang tidak terpengaruh, dan pada saat yang sama mencoba untuk melakukan gerakan yang sama dengan sisi yang terkena. Itu kecepatan gerakan dipilih sendiri. Untuk baik ekstremitas atas dan bawah dosisnya 30 menit sehari, dan 5 hari seminggu selama 4 minggu (Sengkey, 2014).

2.4. Konsep Nilai Normal Kemampuan Gerak

a. Ekstremitas atas

1. Lengan

   Abduksi : dari dalam keluar normalnya > 55^0c

2. Siku

   Fleksi : menekuk normalnya < 90^0c

3. Pergelangan Tangan

   Fleksi : menekuk normalnya < 90^0c

b. Ekstremitas Bawah

1. Lutut

   Ekstensi : meluruskan normalnya 180^0c

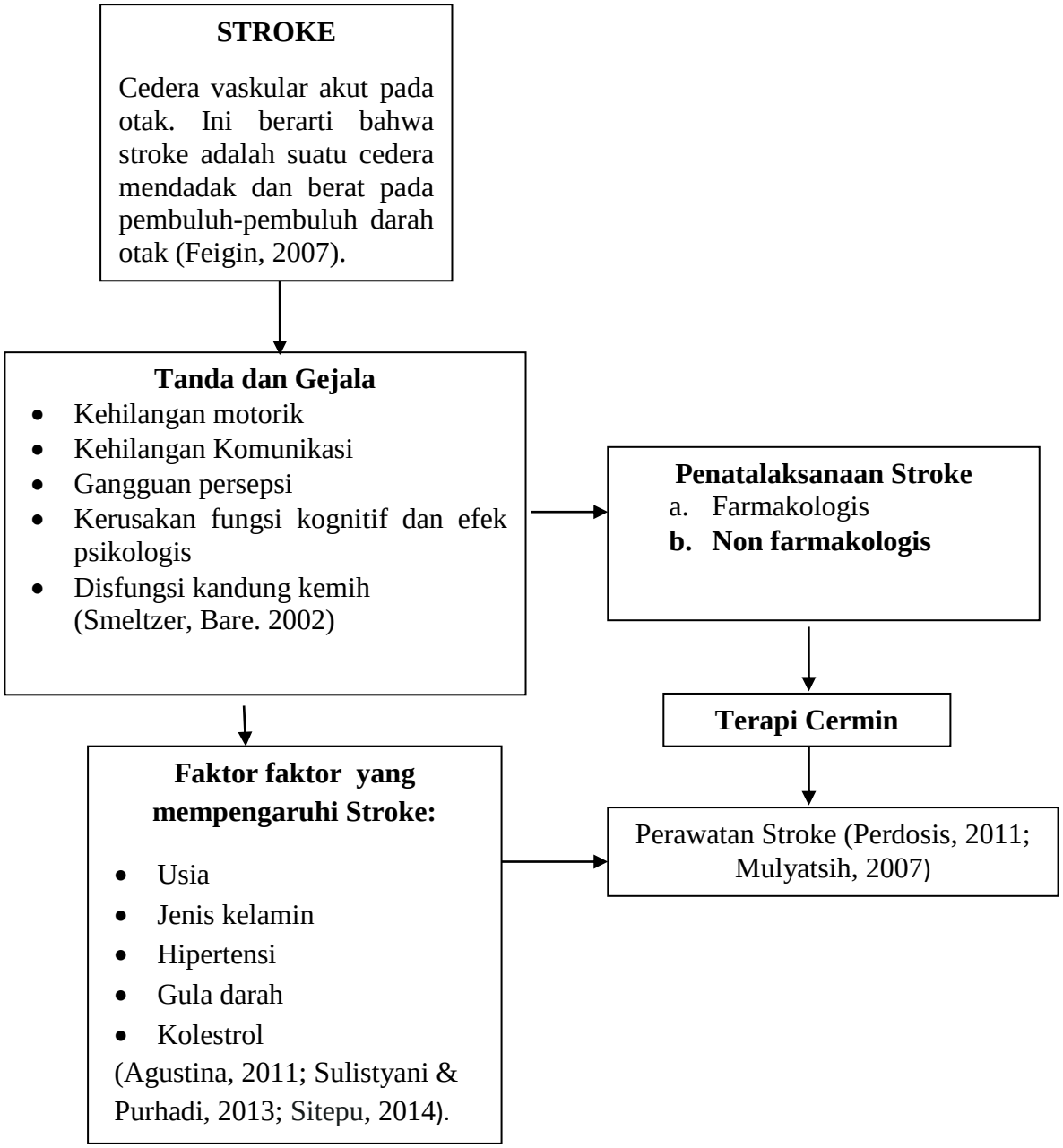
2. Pergelangan Kaki

   Dorsofleksi : menekuk kebelakang normalnya < 80^0c (Lynn S Lippert,2011).

2.5.Penelitian Terkait

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sengkey tahun 2015, tentang *Mirror theraphy in stroke rehabilitation.* Didapatkan hasil p value 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa *Mirror theraphy in stroke rehabilitation* efektif untuk pasien stroke (Sengkey, 2014).

2.6.Kerangka Teori



Skema 2.1

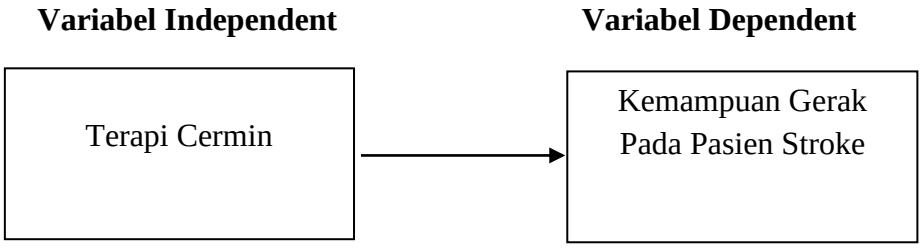
Sumber: Smeltzer, Bare. 2002, Agustina, 2011; Sulistyani & Purhadi, 2013; Sitepu, 2014, Perdosis, 2011; Mulyatsih, 2007.

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1.Kerangka Konsep

Berdasarkan latar belakang dan teori pada bab sebelumnya, penulis menetapkan pemikiran sebagai berikut: pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan motorik ekstremitas atas pada pasien stroke di wilayah kerja puskesmas kumpulan tahun 2018. Maka dapat dirumuskan kerangka konsep sebagai berikut:



Skema 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Defenisi Operasional

Menurut Nursalam (2010), defenisi operasional adalah mendefenisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek dan fenoma. Pada defenisi rasional penulis dapat menjelaskannya dalam bentuk tabel.Adapun defenisi operasional dapat dilihat pada tabel 3.1.1 berikut ini.

Tabel 3.1. Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
	Variabel Independen					
1.	Terapi cermin	Suatu tindakan yang dilakukan didepan cermin untuk menyampaian rangsangan visual ke otak melalui pengamatan bagian tubuh seseorang yang tidak terpengaruh karena melakukan serangkaian gerakan, yang dlakukan lebih kurang 30 menit, dengan menggunakan cermin.	Panduan Observasi	Prosedur Kerja	-	Terapi cermin dilakukan
	Variabel Dependen					
2.	Kemampuan Gerak	Suatu kegiatan yang dilakukan oleh pasien stroke untuk melihat kemampuan gerak.	Geniometer	Observasi	Ordinal	1.Lengan > 55^0c (Normal) 2.Siku < 90^0c (Normal) 3.Pergelangan tangan < 90^0c (Normal) 4.Lutut 180^0c (Normal) 5.Pergelangan kaki < 80^{0c} (Normal) (Lynn S Lippert,2011).

3.3.Hipotesis

Ha : Ada pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Menurut Notodmojo (2012), desain penelitian yang digunakan adalah *quasi-eksperimen* yaitu *One Group Pretest-postest* dimana rancangan ini hanya menggunakan satu kelompok subyek, pengukuran dilakukan sebelum (*pretest*) dan sesudah (*postest*) perlakuan. Perbedaan kedua hasil pengukuran dianggap sebagai efek perlakuan.

Bentuk rancangan *One Group Pretest-postest* dapat dijelaskan pada skema dibawah ini :

Pretest	Perlakuan	Postest
01	X	02

Skema 4.1 *One Group Pretest-postest*

Keterangan :

01 : Pengukuran kemampuan motorik sebelum dilakukan terapi cermin

X : Pemberian terapi cermin

02 : Pengukuran kemampuan motorik sesudah dilakukan terapi cermin

4.2. Tempat dan Waktu penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018. Karena belum ada dilakukannya atau diterapkannya terapi cermin untuk meningkatkan kemampuan gerak pada pasien stroke. Penelitian ini dilakukan selama 4 minggu pada tanggal 5 Februari sampai 3 Maret 2018.

4.3. Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1. Populasi

Populasi menurut Nursalam (2013) adalah subjek (misalnya, manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien stroke dengan gangguan gerak yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan adalah sebanyak 25 orang.

4.3.2. Sampel

Menurut Notoadmojo (2012), sampel adalah sebagian kecil yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling*. Teknik purposive sampling yaitu suatu pertimbangan tertentu yang di buat oleh peneliti sendiri berdasarkan ciri atau sifat-sifat yang sudah diketahui sebelumnya. Sampel diambil berdasarkan kriteria inklusi dan ekslusi.

Kriteria inkslusi:

a. Pasien stroke kelemahan ekstremitas atas dan bawah sebelah yang bersedia menjadi responden

b. Pasien kelemahan ekstremitas atas dan bawah yang tidak sedang melakukan terapi
c. Belum pernah mendapatkan terapi cermin

Kriteria Ekslusi:

a. Pasien stroke yang tidak bersedia untuk dijadikan responden
b. Pasien stroke yang mengalami serangan berulang
c. Pasien stroke yang dirawat inap

Rumus : $n = \frac{N.z^2\ p.q.}{d\ (N-1) + z.p.q}$

Keterangan : n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

z = nilai standar normal untuk α = 0,05 (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = 1 – p (100% - p)

d = tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0,05)

Jadi sampelnya adalah dari populasi 25 orang, tingkat signifikan 95%.

Rumus : $n = : \frac{N.z^2\ p.q.}{d\ (N-1) + z^2.p.q}$

$$n = \frac{25\ (1{,}96)^2 . 0{,}5 . 0{,}5}{(0{,}05)\ (25 – 1) + (1{,}96)^2 . 0{,}5 . 0{,}5}$$

$$n = \frac{25\ (3{,}841) . 0{,}25}{}$$

$$n = \frac{1,2 + (3,841) \cdot 0,25}{2,160}$$

$$n = \frac{24,01}{2,160} = 11,11574 = \text{11 responden}$$

4.3.3. Sampling

Menurut Nursalam (2013), sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Desain yang digunakan dalam penelitian ini *purposive sampling* adalah suatu pertimbangan tertentu yang di buat oleh peneliti sendiri berdasarkan ciri atau sifat-sifat yang sudah diketahui sebelumnya.

4.4. Pengumpulan Data

4.4.1. Alat Pengumpulan Data

Menurut Notoadmojo (2012), observasi adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Jadi dalam melakukan observasi bukan hanya mengunjungi, melihat, atau menonton saja, tetapi disertai keaktifan jiwa atau perhatian khusus dan melakukan pencatatan.

Beberapa alat observasi diantaranya *check list,* merupakan suatu daftar untuk mencek, yang berisi nama subjek dan beberapa gejala serta identitas lainya dari sasaran pengamatan. Alat yang digunakan untuk pengumpulan

data lainnya pada penelitian ini adalah: Lembar observasi kemampuan gerak sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*), cermin untuk melakukan terapi.

4.4.2. Prosedur Pengumpulan Data

Adapun prosedur yang digunakan untuk pengumpulan data pada penelitian ini adalah**:**

a. Peneliti meminta surat untuk penelitian di STIKes Perintis
b. Peneliti mengajukan surat ke kesbangpol Kab.Pasaman tahun 2018, untuk izin pengambilan data
c. Setelah itu peneliti mengajukan surat ke puskesmas kumpulan
d. Setelah meminta izin pada kepala puskesmas maka peneliti meminta data dan memilih responden sesuai kriteria inklusi.
e. Peneliti menemui penanggung jawab pasien stroke dan meminta data pada petugas tersebut
f. Peneliti menemui langsung responden ke rumahnya, sesuai data yang di dapatkan dengan kriteria pemilihan sampel
g. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada responden
h. Peneliti meminta persetujuan responden dengan memberikan lembar *informed concent*
i. Jika pasien setuju untuk dijadikan sampel dalam penelitian ini, peneliti mengajukan lembar persetujuan untuk ditanda tangani
j. Peneliti datang ke rumah responden pada jam yang telah disepakati dengan responden

k. Peneliti mengukur kemampuan gerak sebelum dilakukan terapi cermin pada responden menggunakan goniometer

- ✓ Lengan di ukur ketika sudut maksimal yang dilakukan abduksi dengan nilai normal > 55^0
- ✓ Siku mengukur sudut fleksi maksimal yang dilakukan dengan nilai normal < 90^0
- ✓ Pergelangan tangan di ukur ketika pergelangan tangan di tekuk fleksi dg nilai normal < 90^0
- ✓ Lutut di ukur ketika sudut maksimal yang dilakukan fleksi dengan nilai normal 180^0
- ✓ Pergelangan kaki di ukur sudut maksimal yang dilakukan dorso fleksi dengan nilai normal < 80^0

l. Setelah dilakukan pengukuran kemampuan gerak pada responden, Peneliti melakukan tindakan terapi cermin selama 30 menit.

m. Setelah dilakukan terapi cermin pengukuran kemampuan gerak sesudah dilakukan tindakan terapi cermin di ukur kembali menggunakan geniometer

n. Hasil pengukuran dicatat kelembar observasi kemampuan gerak.

4.5. Cara Pengolahan dan Analisa Data

4.5.1. Cara Pengolahan Data

Menurut Notoadmojo (2012), sebelum data dianalisa terlebih dahulu dilakukan pengolahan data dengan cara :

a. *Editing*

Editing merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuisioner atau formulir. Setelah kuisioner selesai diisi kemudian dikumpulkan langsung oleh peneliti dan selanjutnya diperiksa kelengkapan data apakah dapat dibaca atau tidak dan kelengkapan isian. Jika isian belum lengkap responden diminta melengkapi lembar kuisioner pada saat itu juga.

b. *Coding*

Setelah semua data yang didapat kemudian di edit atau disunting, selanjutnya dilakukan peng ”kodean” atau “*Coding”,* yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. *Coding* atau pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukan data (*data entry*)

c. *Entry*

Setelah kuisioner terisi penuh dan benar, data diproses dengan memasukkan data dari kuisioner ke paket computer yaitu dengan program komputerisasi

d. *Cleaning*

Semua data dari setiap sumber data atau responden telah selesai dimasukkan, dan telah di cek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidak lengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

e. *Prosesing*

Pada tahap ini pengolahan data dilakuukan secara komputerisasi dengan menggunakan komputerisasi.

4.5.2. AnalisaData

a. Analisa Univariat

Analisa *univariat* bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, yang disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi dan presentase (Notoatmodjo, 2012). Analisa univariat yang di lakukan terapi cermin dan pemeriksaan kemampuan gerak pada axis sudut sendi.

b. Analisa Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis untuk mengetahui interaksi dua variabel, baik berupa komperatif, asosiatif maupun koleratif. Terdapat uji parametik dan non parametik pada analisis bivariat. Pada hasil penelitian uji hipotesis yang digunakan adalah uji-t (*paired sample test*), untuk mengukur kemampuan gerak (pre-test) dan sesudah (*post-test*) diberikan terapi cermin. Apabila dari uji statistik didapatkan p-*value* ≤ dari (0,05) maka dapat disimpulkan terapi cermin mempengaruhi kemampuan gerak, sehingga Ha diterima, sedangkan apabila p-*value* > dari (0,05) maka dapat disimpulkan terapi cermin tidak mempengaruhi kemampuan gerak, sehingga Ho gagal ditolak (Saryono, 2011).

Analisa bivariate yang dilakukan adalah melihat pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stoke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018.

4.6. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada responden untuk mendapatkan persetujuan penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menegakkan masalah etika. Menurut (Hidayat, 2007).

4.6.1. *Informed Concent*

Informed consent adalah bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat, 2007).

4.6.2. *Anonimity*

Anomity adalah masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama respondenmpada lembar alat ukur dan hanya nmenuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2007).

4.6.3. *Confidentiality*

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya sekelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2007).

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini meneliti tentang pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018. Penelitian sudah dilaksanakan pada tanggal 5 Februari sampai 3 Maret 2018, dengan jumlah responden 11 orang yaitu pasien stroke yang berada diwilayah Kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018, yang telah disesuaikan dengan kriteria sampel. Uji statistik yang digunakan adalah paired sampel t test. Data ini berisikan data pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018, setelah data dikumpulkan data diolah secara komputerisasi.

5.2 Analisis Univariat

Analisa uni variat digunakan untuk menganalisa variabel independen yaitu terapi cermin dan variabel dependennya yaitu kemampuan gerak yang dinilai adalah hasil pre dan post terapi cermin.

5.2.1 Kemampuan Gerak Sebelum Dilakukan Terapi Cermin Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

Tabel 5.2.1
Rerata Kemampuan Gerak Sebelum Dilakukan Terapi Cermin Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

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

Berdasarkan tabel 5.2.1 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. 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.

5.2.2 Kemampuan Gerak Sesudah Dilakukan Terapi Cermin Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

Tabel 5.2.2
Rerata Kemampuan Gerak Sesudah Dilakukan Terapi Cermin Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

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

Berdasarkan tabel 5.2.2 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.

5.3.Analisa Bivariat

Berdasarkan analisa bivariat yang peneliti lakukan dengan judul pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018, dengan menghubungkan kemampuan gerak sebelum perlakuan dengan kemampuan gerak sesudah

perlakuan memakai rumus paired test dengan alpha = 0,05 sebagai berikut dibawah ini:

5.3.1. Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

Tabel 5.3.1
Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

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	0,000
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	
Perbedaan Pergelangan kaki sebelum sdan 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 5.3.1 dapat dilihat perbedaan rerata sudut axis pergelangan tangan sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 19,364 dengan standar deviasi 4,635 dan standar error 1,397. Perbedaan rerata sudut axis siku sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah

12,364 dengan standar deviasi 2,335 dan standar error 0,704. Perbedaan rerata sudut axis lengan sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 8,455 dengan standar deviasi 1,440 dan standar error 0,434. Perbedaan rerata sudut axis pergelangan kaki sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 9,636 dengan standar deviasi 1,502 dan standar error 0,453. Perbedaan rerata sudut axis lutut sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 8,364 dengan standar deviasi 1,748 dan standar error 0,527. 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.

5.4. Pembahasan

5.4.1. Analisa Univariat

a. Kemampuan Gerak Sebelum Dilakukan Terapi Cermin Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.2.1 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. 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.

Fokus sampel dalam penelitian ini adalah pasien stroke dengan kelemahan ekstremitas atas dan bawah karena pada pasie ini masih bisa diberikan

terapi dan bisa di ajak untuk bekerja sama. Hal ini didasari oleh teori yang mengatakan bahwa pasie stroke keterbatasan gerak pada pasien stroke disebabkan oleh ada kekakuan pada otot dan sendi yang disebabkan oleh adanya saraf yang terganggu, sehingga darah pada sekitar otot dan sendi menjadi kurang lancar. Mereka sangat sulit untuk melakukan aktifitas sehari-hari seperti makan, berjalan, memegang benda, menekuk kaki dan tangan.

Sejalan dengan penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh lidwina S.Sengkey dan Paola pandeiroth (2014) dengan judul Mirror Therapy In Stroke Rehabilitation didapatkan hasil bahwa rerata terapi latihan saja adalah 10,0 sementara terapi cermin rerata 15,0.

Menurut asumsi peneliti kemampuan gerak pada pasien stroke biasanya mengalami kekakuan pada otot dan tidak bisa digerakkan, sehingga kalau tidak adanya latihan pada pasien tersebut maka akan mengalami keparahan pada pasien tersebut. Keterbatasan pasien stroke akan mempengaruhi aktivitas yang biasanya normal sehingga sekarang dibantu untuk bergerak. Keterbatasan gerak pada pasien stroke disebabkan oleh ada kekakuan pada otot dan sendi yang disebabkan oleh adanya saraf yang terganggu, sehingga darah pada sekitar otot dan sendi menjadi kurang lancar.

b. Kemampuan Gerak Sesudah Dilakukan Terapi Cermin Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.2.2 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 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.

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. Keuntungan dari terapi cermin adalah terbentuknya kemandirian dan partisipasi aktif dari klien dengan interaksi yang minimal dengan terapi cermin.

Prosedur umum cermin terapi adalah pasien duduk di depan cermin yang berorientasi sejajar dengannya garis tengah menghalangi pandangan yang terkena tungkai yang diposisikan di belakang cermin. Sambil menatap cermin, pasien melihat pantulan anggota badan yang tidak terpengaruh diposisikan sebagai anggota badan yang terkena.Ini Pengaturannya pas untuk membuat visual ilusi dimana pergerakan atau sentuhan anggota badan yang utuh dapat dianggap sebagai mempengaruhi anggota tubuh paretik.Setelah itu,Pasien melakukan gerakan anggota badan yang tidak rusak saat menontonnya refleksi cermin ditumpangkan di atas (tak terlihat) tungkai yang terganggu (Sengkey, 2014).

Sejalan dengan penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh Lidwin S.Sengkey dan Paola Pandeiroth (2014) dengan judul Mirror Therapy In Stroke Rehabilitation didapatkan hasil bahwa rerata setelah pemberian terapi cermin meningkat dari rerata 63,3 menjadi 75,3 hasil ini menunjukan bahwa adanya peningkatan setelah dilakukan terapi cermin

Menurut asumsi peneliti kemampuan gerak pasien stroke mengalami perubahan yaitu pada lengan dan tangan pasien sudah mulai bisa membuka dan menutup tangan, membalik lengan bawah dan tangan dari telapak tangan sampai ke telapak tangan, membungkukkan dan meluruskan pergelangan tangan, dan sentuh jempol keujung jari, walaupun masih belum sempurna. Pada penelitian ini didapatkan pasien juga sudah mulai bisa menggerakkan kaki keatas dan kebawah pada pergelangan kaki dan geser kaki kedepan dan kebelakang. Adanya perubahan gerakan pasien yang dari awalnya masih belum bisa menggerakkan tangan dan lengan dengan adanya terapi cermin yang merupakan terapi mengikuti bayangan tangan normal sehingga dengan adanya stimulus yang seperti itu maka otak juga akan menggerakkan tangan yang sakit untuk bergerak seperti gerakan normal, dan pada penelitian ini hanya mengalami perubahan sedikit saja dan belum mengalami perubahan total.

5.4.2 Analisa Bivariat

a. **Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018**

Berdasarkan tabel 5.3.1 dapat dilihat perbedaan rerata pergelangan tangan sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 19,364 dengan standar deviasi 4,635 dan standar error 1,397. Perbedaan rerata sudut axis siku sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 12,364 dengan standar deviasi 2,335 dan standar error 0,704. Perbedaan rerata sudut axis lengan sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 8,455 dengan standar deviasi 1,440 dan standar error 0,434. Perbedaan rerata sudut axis pergelangan kaki sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 9,636 dengan standar deviasi 1,502 dan standar error 0,453. Perbedaan rerata sudut axis lutut sebelum dan sesudah dilakukan terapi cermin adalah 8,364 dengan standar deviasi 1,748 dan standar error 0,527. 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.

Hasil penelitian yang peneliti lakukan sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sengkey (2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sengkey tahun 2014, tentang *Mirror theraphy in stroke rehabilitation.* Didapatkan hasil p value 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa *Mirror theraphy 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).

Prosedur umum cermin terapi adalah pasien duduk di depan cermin yang berorientasi sejajar dengannya garis tengah menghalangi pandangan yang terkena tungkai yang diposisikan di belakang cermin. Sambil menatap cermin, pasien melihat pantulan anggota badan yang tidak terpengaruh diposisikan sebagai anggota badan yang terkena. Ini pengaturannya pas untuk membuat visual ilusi dimana pergerakan atau sentuhan anggota badan yang utuh dapat dianggap sebagai mempengaruhi anggota tubuh paretik. Setelah itu, pasien melakukan gerakan anggota badan yang tidak rusak saat menontonnya refleksi cermin ditumpangkan di atas (tak terlihat) tungkai yang terganggu (Sengkey, 2014).

Terapi cermin untuk ekstremitas atas pasien stroke duduk dan cermin sejajar untuk berpotongan dengan tubuh pasien di pesawat sagital di dada

tingkat. Hal ini biasanya dilakukan dengan menempatkan cermin di atas meja dengan tangan beristirahat di atas meja di kedua sisi cermin. Bagian reflektif cermin menghadap sisi yang tidak terpengaruh. Saat pasien melihat ke dalam cermin, yang mereka lihat tidak terpengaruh sisi. Cermin menghalangi pandangan dari sisi tubuh yang tidak terpengaruh.Pasien menatap ke cermin yang mencerminkan "baik" tangan. Saat tangan 'baik' digerakkan cermin memberi ilusi bahwa "buruk" tangan bergerak dengan sangat baik. Korban stroke selamat mencoba untuk menyalin pergerakan lengan "baik" dan tangan ke hemiparetik lengan. Meski penderita stroke hanya melihat pantulan tangan yang baik, gerakan terlihat simetris.

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-sngsur akan mengikuti gerakan tangan atau kaki yang normal, dengan responden melihat cermin sehinggga 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.

5.5 Keterbatasan Penelitian

Terapi diberikan hanya 5-10 menit karena responden sudah merasa bosan sehingga peneliti mengkhawatirkan semakin cepat dilakukan penelitian semakin kurang pergerakan pada kekuatan ekstremitas.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

6.1.1 Rerata sudut axis pergelangan tangan sebelum dilakukan terapi cermin adalah sebanyak $145,91^0$, rerata sudut axis siku 130^0, rerata sudut axis lengan $32,27^0$, rerata sudut axis pergelangan kaki $102,73^0$, rerata sudut axis lutut $146,36^0$.

6.1.2 Rerata sudut axis pergelangan tangan sesudah dilakukan terapi cermin adalah sebanyak $126,55^0$, rerata sudut axis siku $117,64^0$, rerata sudut axis lengan $41,18^0$, sudut axis pergelangan kaki $93,09^0$, rerata sudut axis lutut $146,09^0$.

6.1.3 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.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menerapkan ilmu penelitian yang telah dipelajari dan sebagai salah satu pemenuhan syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan. Dan juga menambah wawasan penelitian dalam bidang ilmu yang diteliti yaitu pengaruh terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada

pasien strokedi wilayah kerja Puskesmas Kumpulan tahun 2018 dan juga dapat mengembangkan kemampuan peneliti dalam membuat karya tulis ilmiah.

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi dan perbandingan atau juga pemahaman bagi peneliti lain, terutama yang berhubungan dengan kemampuan gerak pada pasien stroke.

6.2.3 Bagi Lahan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan atau informasi untuk petugas kesehatan, organisasi profesi atau instansi terkait dangan masalah penelitian ini, sehingga dapat menambah atau meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya terhadap pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

America Heart Associaton (2014), *InsidenPenyakit Stroke Di AmerikaSerikat.*

Brunner &Suddarth. 2002. *BukuAjar :KeperawatanMedikalBedahVol 2*, EGC. Jakarta.

Lynn S Lippert. (2011).Clinical KinesiologiAnd Anatomy, [e-book], diaksestanggal 5 Juli 2018 https://books.google.co.id/books?id=dXH2AAAAQBAJ&dq=clinical+kinesiologi+and+anatomy&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjF8q6bxIfcAhXK7WEKHfI9A7YQ6AEINTAC

Dr. Junaidi, Iskandar.2011. *Stroke danWaspadaiAncamannya.*Yogyakarta ; C.V Andi Offset.

Feigin, Valery. 2007. *Stroke*. Penerbit: PT BhuanaIlmuPopuler.

Gofir, Abdul. 2009. *Manajemen Stroke Evidence Based Medicine*. Yogyakarta, Edisi 1. Cendikia Press.

Hidayat, Alimul, A. 2007. *RisetKeperawatandanTeknikPenulisanIlmiah*.SalembaMedika. Jakarta

Medical Record. 2017. *Data Puskesmas Kumpulan Kab.Pasaman*

Misbach, Jusuf. 2011. *Stroke Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta. Badan penerbit FKUI.

Muttaqin, Arif, 2011. *PengantarKeperawatandenganGangguan System Persyarafan*, Jakarta.Salembamedika.

Notoatmodjo S. 2005. *MetodologiPenelitianKesehatan*. Jakarta: PT RinekaCipta

Notoadmojo, Soekijo. 2010. *MetodologiPenelitianKesehatan*. RinekaCipta. Jakarta.

Nursalam.2011.*Konsepdanpenerapanmetodologipenelitianilmukeperwawatan* , Jakarta : PT gramediapustakautama.

Nursalam.2013. *Konsep Dan PenerapanMetodologiPenelitianIlmuKeperawatan*. SalembaMedika. Jakarta.

Potter & Perry. 2005. *Fundamental Keperawata*Buku 1 edisi 7. Jakarta: SalembaMedika.

RisetKesehatanDasar (riskesdas), Ke\menkes RI Tahun 2016.

Sengkey, 2014. *Mirror therapy instroke rehabilitation.*Jurnalkeperawatan

Sudarsini, 2017.*BinaDiriBinaGerak*, [e-book], diaksestanggal 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. *BukuAjarFarmakoterapiKardiovaskular Dan Renal*, SalembaMedika. Jakarta.

WHO, (2016) *Stroke Association.*

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Calon Responden di wilayahkerjaPuskesmas Kumpulan

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang:

Nama :

Nim :

Akan mengadakan penelitian dengan judul **"Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan GerakPada Pasien Stroke di Wilayah KerjaPuskesmas Kumpulan Tahun 2018".**

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila saudara menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed concent*) dan melakukan tindakan yang saya berikan.

Demikian atas perhatiannya dan kesediaan saudara sebagai responden saya ucapkan terimakasih.Peneliti

( )

Lampiran 2

FORMAT PERSETUJUAN RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah dijelaskan maksud dari peneliti, maka saya bersedia menjadi responden yang dilakukan oleh Mahasiswi Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Perintis Padang yang akan mengadakan penelitian dengan judul **"Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018".**

Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan sesungguhnya sukarela tanpa paksaan siapapun agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, Januari 2018

Responden

( )

Lampiran 3

LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN

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

Identitas Responden

No. Responden	:				
Tanggal	:				
Nama	:				
Jenis kelamin	:	Laki-Laki	☐	Perempuan	☐
Umur	:				
Pendidikan	:	SD	☐	SMP	☐
		SMA	☐	PT	☐
Pekerjaan	:	Petani	☐	PNS	☐
		Wiraswasta	☐		
Riwayat Penyakit	:				
Berapa Kali Dirawat	:				
Kapan Terakhir Dirawat	:				
Berapakali Berobat	:				
Alamat	:				

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI

PRE-POST DILAKSANAKANNYA TERAPI CERMIN

No	**Ekstremitas Atas**	**Pre**	**Post**			
		I	**I**	**II**	**III**	**IV**
1	PergelanganTangan					
2	Siku					
3	Lengan					
No	**EkstremitasBawah**	**Pre**	**Post**			
		I	**I**	**II**	**III**	**IV**
1	Pergelangan Kaki					
2	Lutut					
	Total skor					

Lampiran 5

PROSEDUR PELAKSANAAN

Terapi Cermin

Persiapan alat :

Alat yang kita siapkan adalah sebagai beriku : cermin, lembar observasi.

Gerakan Yang Akan Digunakan

Membuka dan menutup tangan, membalik lengan bawah dan tangan dari telapak tangan sampai ke telapak tangan, membungkuk dan meluruskan pergelangan tangan, dan sentuh jempol ke ujung jari.

Prosedur Kerja :

1. Peneliti menjelaskan cara terapi cermin kepada responden sebelum dilakukannya terapi.
2. Sebelumnya peneliti mengukur kemampuan gerak sebelum dilakukan terapi cermin.
3. Pasien duduk di depan cermin yang berorientasi sejajar dengannya garis tengah menghalangi pandangan yang terkena tungkai yang diposisikan di belakang cermin.
4. Sambil menatap cermin, pasien melihat pantulan anggota badan yang tidak terpengaruh diposisikan sebagai anggota badan yang terkena.
5. Ini pengaturannya pas untuk membuat visual ilusi dimana pergerakan atau sentuhan anggota badan yang utuh dapat dianggap sebagai mempengaruhi anggota tubuh paretik

6. Setelah itu,pasien melakukan gerakan anggota badan yang tidak rusak saat menontonnya refleksi cermin ditumpangkan di atas (tak terlihat) tungkai yang terganggu (Sengkey, 2015).

   a. Membukadanmenutuptangan

   b. Membaliklengansampaiketelapaktangankebawahdankeatas

c. Membungkukdanmeluruskanpergelangantangan

d. Sentuhjempolkesemuaujungjari

e. Gerakkan kaki keatasdankebawahpadapergelangan kaki (dorsofleksi)

f. Geser kaki kedepandankebelakang (kearahAnda). untukmembuatgeserlebihmudah, kenakankaus kaki di lantai yang keras, atauletakkankain di bawah kaki.

7. Setelah selesai melakukan terapi cermin maka dilakukan pengukuran kemampuan gerak motorik ekstremitas atas sesudahterapi cermin.
8. Setelah pengukuran kemampuan gerak motorik ekstremitas atas selesai di ukur dan mencatat ke lembar observasi penelitian.

YAYASAN PERINTIS PADANG (*Perintis Foundation*)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) PERINTIS
Perintis School of Health Science, IZIN MENDIKNAS NO : 162/D/O/2006 & 17/D/O/2007
"We are the first and we are the best"
Campus 1 : Jl. Adinegoro Simpang Kalumpang Lubuk Buaya Padang, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62751) 481992, Fax. (+62751) 481962
Campus 2 : Jl. Kusuma Bhakti Gulai Bancah Bukittinggi, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62752) 34613, Fax.(+62752) 34613

Bukittinggi, 11 Januari 2018

Nomor : 051 / STIKes-YP/ Pend / I/ 2018
Lamp : -
Perihal : Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Kepada Yth,
Bapak/ Ibu Kepala Kesbangpol Kab.Pasaman
Di
Tempat

Assalamualaikum Wr.Wb
Dengan Hormat,
Dalam rangka menyusun Tugas Akhir Program bagi mahasiswa Semester Ganjil Non Reguler Program Studi Ilmu Keperawatan Perintis Padang Tahun Ajaran 2017/2018 atas mahasiswa :

Nama : Suci Mustika
NIM : 141030841048
Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke di wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

Dalam hal penulisan Tugas Akhir Program tersebut, mahasiswa membutuhkan data dan informasi untuk menyusun proposal dan melakukan penelitian. Oleh karena itu kami mohon kesediaan Bapak untuk dapat memberi izin dalam pengambilan data dan penelitian yang dilakukan mahasiswa pada Instansi yang Bapak pimpin.

Demikianlah surat ini kami sampaikan, dengan harapan Bapak dapat mengabulkannya, atas bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis
Ketua

Yendrizal Jafri, SKp. M. Biomed
NIK: 1420106116893011

Tembusan kepada yth:
1. Bapak/Ibu : Dinas kesehatan kabupaten Pasaman
2. Bapak/Ibu : Kepala Puskesmas kumpulan Kab.Pasaman
3. Ibu Ka. Administrasi Kampus II Bukittinggi
4. Arsip

PEMERINTAH KABUPATEN PASAMAN
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Jend. Ahmad Yani Telp. (0753) 20588 Lubuk Sikaping 26313
e-mail : kesbangpolpasaman@gmail.com

REKOMENDASI
No. 200/ 022 / Kesbangpol-2018

TENTANG MOHON IZIN PENELITIAN

Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik atas Nama Pemerintah Daerah Kabupaten Pasaman, setelah mempelajari Surat Ketua STIKES Perintis Padang Nomor : 051/STIkes-YP/Pend/I/2018 Tanggal 11 Januari 2018 Perihal: izin Pengambilan data dan Penelitian Dengan ini Memberikan Rekomendasi Kepada :

Nama	:	**SUCI MUSTIKA**
Nomor BP	:	141030841048
Prodi	:	Ilmu Keperawatan
Tempat	:	Puskesmas Kumpulan
Judul Skripsi	:	**"Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pasien Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018"**
Waktu	:	2 Februari s/d 9 Februari 2018

Dengan ketentuan sebagai berikut :
1. Tidak boleh menyimpang dari topik dan tujuan Penelitian
2. Dalam melakukan Penelitian, yang bersangkutan telah menunjukan surat-surat keterangan yang berhubungan dengan itu, serta telah melaporkan diri baik sebelum dan sesudah Penelitian kepada pemerintah setempat.
3. Telah mematuhi semua peraturan yang berlaku dan menghormati adat istiadat serta kebiasaan masyarakat setempat.
4. Tidak terjadi penyimpangan dan pelanggaran terhadap ketentuan tersebut di atas, selama melakukan Penelitian.
5. Telah Mengirimkan hasil Penelitian kepada Bupati Pasaman Cq. Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Pasaman.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lubuk Sikaping, 1 Februari 2018

An. Kepala Kantor Kesbangpol
KASUBAG TU

PEMERINTAH KABUPATEN PASAMAN
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

DEWI MARNI, SE
NIP. 19760305 200701 2 005

Tembusan disampaikan kepada Yth :
1. Bapak Bupati Pasaman (sebagai laporan)
2. Ketua STIKES Perintis Padang
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman
4. Kepala Puskesmas Kumpulan Kab. Pasaman
5. Yang Bersangkutan.....
6. Arsip.....

PEMERINTAH KABUPATEN PASAMAN
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS KUMPULAN
Jalan Raya Lintas Sumatera Nagari Limo Koto Kecamatan Bonjol

Kumpulan , 28 February 2018

Nomor : 45 /TU-Um/II/2018
Lamp : -
Perihal : **Mengizinkan Penelitian.**

Kepada ,
Yth.Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
STIKes Perintis Bukittinggi
Di
Bukittinggi.

Berdasarkan surat Bapak/Ibu No.051/STIKes-YP/Pend/I/2018 tanggal 11 Januari 2018 Perihal Permohonan Izin Penelitian atas nama Mahasiswa dibawah ini :

Nama	: **SUCI MUSTIKA**
NIM	: 14103084105048
Judul Peneltian	: Pengaruh Terapy Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Kecamatan Bonjol Kabupaten Pasaman Tahun 2018.

Dengan ini Kami menyatakan bahwa mahasiswa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitian.

Demikian surat izin ini kami buat untuk dapat dipergunakan oleh yang berkepentingan seperlunya.

Kepala Puskesmas Kumpulan

Ns. ROSENANI, S.kep
NIP. 19750911 199903 2 003

DAFTAR HADIR PENELITIAN MAHASISWA

STIKes PERINTIS PADANG

2017/2018

NAMA : SUCI MUSTIKA

NIM : 14103084105048

PRODI : S1 keperawatan

MINGGU I

HARI/TGL	5/02/2018	6/02/2018	7/02/2018	8/02/2018	9/02/2018	10/02/2018
PARAF						

MINGGU II

HARI/TGL	12/02/2018	13/02/2018	14/02/2018	15/02/2018	16/02/2018	17/02/2018
PARAF						

MINGGU III

HARI/TGL	19/02/2018	20/02/2018	21/02/2018	22/02/2018	23/02/2018	24/02/2018
PARAF						

MINGGU IV

HARI/TGL	26/02/2018	27/02/2018	28/02/2018	1/03/2018	2/03/2018	3/03/2018
PARAF						

Diketahui

Pembimbing Klinik

(Rabia Mitan)
Nip 197102071[illegible]

LEMBAR KONSULTASI REVISI

NAMA : Suci Mustika

NIM : 14103084105048

JUDUL : Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018.

Penguji I : Ns.Lisa Mustika Sari, M.Kep

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	30/7-2018	Perbaiki sesuai saran	
2.	30/7.2018	Acc di sidang	
3.			
4.			
5.			

LEMBAR KONSULTASI REVISI

NAMA : Suci Mustika

NIM : 14103084105048

JUDUL : Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018.

Penguji II : Ns.Muhammad Arif, M.Kep

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.		Perbaiki Sesi Saran	
2.		Lengkapi Skripsi	
3.		Acc u/ sidang	
4.			
5.			

LEMBAR KONSULTASI REVISI

NAMA : Suci Mustika

NIM : 14103084105048

JUDUL : Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018.

Pembimbing II : Def Primal, M.Biomed,PA

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.		Revisi sesuai saran penguji	
2.		Acc jilid hard cover	
3.			
4.			
5.			

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Suci Mustika

NIM : 14103084105048

Judul : Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

Pembimbing I : Ns.Muhammad Arif, M.Kep

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	Selasa,	- Bimbingan proses penelitian , Perbaikan BAB III, IV dan hasil penelitian	
2.	Senin, 9-7-18	, BAB III dan hasil penelitian di perbaiki , Lanjutkan Abstrak	
3.	Kamis, 12-7-18	- Penulisan di perhatikan ssi Pandian , Abstrak di lengkapi , Tabel hasil di koreksi	
4.	Senin 16-7-18	- perbaiki ssi saran , lanjut abstrak (lengkapi)	
5.	Rabu 18/7 18	- Acc di Seminarkan	

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Suci Mustika

NIM : 14103084105048

Judul : Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kemampuan Gerak Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumpulan Tahun 2018

Pembimbing II : Defrimal,M.Biomed,PA

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1		Perbaiki BAB 1 - 5 Perbaiki master tabel Perbaiki metodologi & DO Perbaiki kemampuan gerak.	
2.		Perbaiki metodologi Perbaiki hasil Tambahkan prosedur Perbaiki pembahasan Tambah referensi jurnal.	
3		Perbaiki hasil Perbaiki pembahasan & simpulan Perbaiki abstrak	
4.		Perbaiki abstrak Lengkapi berkas & penyusunan	
5		Acc sidang hasil	