



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Lansia

##### 2.1.1 Pengertian Lansia

Lansia adalah kelompok individu yang berusia 60 tahun ke atas, seperti yang dijelaskan oleh Hardywinoto dan Setiabudhi (1999; 8) dalam penelitian (Kusomo, 2020). Meskipun definisi usia lanjut bervariasi, menurut Setianto (2004) dalam (Frinata et al., 2021), seseorang dianggap lanjut usia (lansia) jika usianya mencapai 65 tahun ke atas. Pudjiastuti (2003) dalam (Frinata et al., 2021) menggambarkan lansia bukan sebagai penyakit, melainkan sebagai tahap lanjut dari proses kehidupan yang ditandai oleh penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi terhadap stres lingkungan.

Menurut Hawari (2001) dalam (Frinata et al., 2021), lansia merupakan kondisi yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk menjaga keseimbangan terhadap stres fisiologi. World Health Organization (WHO) mendefinisikan lansia sebagai seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Proses lanjut usia ditandai oleh hilangnya kemampuan jaringan tubuh untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan, sehingga membuat tubuh rentan terhadap infeksi dan tidak mampu memperbaiki kerusakan yang terjadi. (Kusomo, 2020)

Akibatnya, terjadi penumpukan distorsi metabolik dan struktural yang dikenal sebagai penyakit degeneratif pada lanjut usia. Penelitian Darmojo

dan Martono (1999) dalam (Kusomo, 2020) menunjukkan bahwa kondisi ini dapat menyebabkan lansia mengalami episode terminal, mengakhiri hidupnya dengan berbagai tantangan kesehatan.

### 2.1.2 Batasan Lanjut Usia

Menurut beberapa ahli, batasan usia lanjut mencakup beberapa definisi, antara lain seperti yang diuraikan oleh Efendi, (2009) dalam penelitian . Berikut adalah (Kusomo, 2020) beberapa batasan umur lanjut usia :

1. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 Bab 1 pasal 1 ayat 2, lanjut usia didefinisikan sebagai seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas.
2. *World Health Organization* (WHO), usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria yaitu: usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75-90 tahun, usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.
3. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) terdapat empat fase, yaitu fase inventus (25-40 tahun), fase virilities (40-55 tahun), fase presenium (55-65 tahun), fase senium (65 tahun hingga tutup usia).
4. Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro memberikan definisi masa lanjut usia (*geriatric age*) : sebagai usia di atas 65 tahun atau 70 tahun. Masa lanjut usia ini dibagi menjadi tiga katagori, yaitu young old (70-75 tahun), old (75-80 tahun), dan very old (>80 tahun) seperti yang dijelaskan oleh Efendi, (2009) dalam penelitian (Kusomo, 2020)



### 2.1.3 Tipe Lansia

Tipe lansia terkait erat dengan karakter, pengalaman kehidupan, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonomi mereka. Salah satu tipe yang dapat diidentifikasi adalah:

1. Tipe Optimis : lansia dengan tipe ini cenderung memiliki pandangan hidup yang positif dan optimis terhadap masa depan. Melihat peluang dan kebahagiaan dalam setiap situasi, bahkan di Tengah tantangan. Sikap optimis ini dapat membantu mereka menjalani masa lanjut usia dengan semangat dan keseimbangan emosional yang baik, serta berkontribusi positif terhadap kualitas hidup mereka.
2. Tipe Konstruktif : Lansia dengan tipe konstruktif memiliki integritas yang baik dalam menghadapi kehidupan. Mereka menikmati hidup dengan penuh toleransi, memiliki sikap humoristik, fleksibel, dan memiliki kesadaran diri yang tinggi. Sifat-sifat ini seringkali sudah terlihat sejak mereka masih muda. Lansia dengan tipe ini secara tenang menghadapi proses penuaan dan menghadapi akhir hidup dengan sikap yang positif.
3. Tipe Ketergantungan (*Dependent*) : Lansia dengan tipe ketergantungan masih dapat diterima di tengah masyarakat, namun cenderung bersikap pasif. Mereka kurang memiliki ambisi, tidak memiliki inisiatif, dan tahu diri. Sifat-sifat ini membuat mereka cenderung menyukai masa pensiun, tidak antusias bekerja, senang berlibur, serta cenderung mengonsumsi makanan dan minuman dalam jumlah yang lebih banyak.
4. Tipe Defensif : Lansia dengan tipe defensif mungkin menunjukkan kecenderungan untuk bertahan atau melindungi diri mereka dari berbagai



situasi atau masalah. Sikap defensif ini dapat mencakup ketidakmampuan atau ketidaknyamanan dalam beradaptasi dengan perubahan, serta kecenderungan untuk menghindari tanggung jawab atau konflik.

5. tipe militant dan serius : lanjut usia tidak mudah menyerah, serius senang berjuang, bsa menjadi panutan.
6. tipe marah / frustasi, (*the angry man*) : mudah tersinggung, tidak sabar, selalu menyalahkan orang lain, lanjut usia sering mengekspresikan kepahitan hidupnya.
7. tipe putus asa (benci pada diri sendiri) lanjut usia ini bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri dan ingin cepat mati, depresi. (Kusomo, 2020)

#### 2.1.4 Penggolongan Lanjut Usia

Dalam penggolongan lanjut usia, terdapat pendapat yang membagi mereka ke dalam kelompok-kelompok sebagai berikut:

1. Lanjut usia mandiri sepenuhnya: lansia ini mampu menjalani kehidupan sehari-hari tanpa memerlukan bantuan signifikan dari pihak lain. Mereka dapat melakukan aktivitas harian secara mandiri.
2. Lanjut usia mandiri dengan bantuan langsung keluarganya: kelompok ini mencakup lansia yang tetap mandiri, namun membutuhkan bantuan langsung dari anggota keluarganya dalam beberapa aspek kehidupan sehari-hari.
3. Lanjut usia mandiri dengan bantuan tidak langsung: lansia pada kelompok ini dapat menjalani kehidupan sehari-hari secara mandiri, namun mungkin membutuhkan bantuan tidak langsung seperti layanan transportasi umum atau fasilitas publik yang mendukung kemandirian mereka.



4. Lanjut usia dibantu badan sosial: kelompok ini terdiri dari lansia yang mendapatkan bantuan dari badan sosial atau lembaga amal untuk memenuhi kebutuhan mereka sehari-hari.
5. Lanjut usia di panti sosial tresna werdha: lansia dalam kelompok ini tinggal di panti sosial khusus untuk lansia, yang menyediakan perawatan dan dukungan sesuai dengan kebutuhan mereka.
6. Lanjut usia yang dirawat di rumah sakit: lansia pada kelompok ini sedang menjalani perawatan medis dan mungkin memerlukan bantuan intensif di rumah sakit.
7. Lanjut usia yang mengalami gangguan mental: kelompok ini mencakup lansia yang menghadapi tantangan kesehatan mental dan memerlukan perhatian khusus dan dukungan dalam hal ini.

#### **2.1.5 Klasifikasi Lanjut Usia**

Menurut (Frinata et al., 2021) lansia dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan, terdiri dari :

1. Pra lanjut usia yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
2. Lanjut usia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lanjut usia resiko tinggi ialah seorang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lanjut usia potensial lanjut usia dikatakan potensial apabila masih bisa bekerja dan melakukan aktivitas yang menghasilkan suatu barang tau jasa.
5. Lanjut usia tidak potensial lanjut usia dikatakan tidak potensial apabila lansia tersebut tidak mampu untuk mencari nafkah dan untuk hidup sehari – hari tergantung dari orang lain.



### 2.1.6 Faktor – Faktor yang mempengaruhi proses menua

Proses penuaan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor internal dan eksternal. Proses penuaan primer merupakan proses yang berlangsung secara wajar tanpa pengaruh dari luar, sedangkan jalanya proses penuaan yang berlangsung akibat stres dan sosial serta kondisi lingkungan (proses penuaan sekunder). Penuaan ini sesuai dengan kronologis usia yang dipengaruhi faktor endogen. Perubahan ini di mulai dari sel jaringan organ sistem pada tubuh. Penuaan dapat terjadi secara fisiologis, diharapkan mereka dapat tua dalam keadaan sehat.

Sedangkan faktor lain juga berpengaruh pada proses penuaan adalah faktor organik, genetik, dan imunitas, faktor organik merupakan penurunan hormon pertumbuhan, penurunan hormon testosteron, faktor lingkungan akibat kendaraan bermotor, pabrik, bahan kimia, kondisi lingkungan yang tidak bersih, kebiasaan menggunakan obat, kekurangan atau kelebihan Onutrisi, terjadinya infeksi virus, bakteri dan terjadinya stres.

### 2.1.7 Perubahan Fisiologis pada lanjut usia

Perubahan sistem tubuh lansia menurut Nugroho 2000 dalam (Muhith, 2016) adalah:

#### 1. Perubahan Pada Sel

Terjadi perubahan pada Tingkat seluler yang mencakup beberapa aspek, seperti : jumlah sel akan berkurang, dan ukuran sel cenderung lebih besar, terjadi penurunan jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler, proporsi protein diberbagai organ seperti otak, otot, ginjal, darah, dan hati juga mengalami penurunan, mekanisme perbaikan sel mengalami gangguan,



yang berarti kemampuan tubuh untuk memperbaiki sel yang rusak atau menggantikannya menjadi terbatas.

2. Perubahan fisiologis pada Sistem pernafasan

Perubahan syaraf neurocortical sebesar 1/detik (Pakkenberg dkk, 2003) dalam (Apriliani, 2020) dan menurunnya refleks, terjadinya penurunan kekuatan otot dapat meningkatkan resiko kelelahan otot pernapasab pada lansia.

3. Perubahan fisiologis pada sistem pendengaran

Hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadinya pada usia diatas umur 65 tahun.

4. Perubahan fisiologis pada sistem penglihatan

Hilangnya respon terhadap sinar kornea, lensa menjadi suram, menjadi katarak, daya akomodasi menurun, lapang pandangan menurun serta sensitifnya terhadap warna.

5. Perubahan fisiologis pada sistem kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan menjadi kaku, elastisitas dinding aorta menurun, kemampuan jantung memompa darah menurun, curah jantung menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah, kinerja lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan.

6. Perubahan Fisiologis Pada Sistem Pengaturan Suhu Tubuh.

Pada pengaturan suhu tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologisnya 36,5 derajat Celcius – 37,5 derajat Celcius. Hal ini diakibatkan oleh metabolisme yang menurun, Keterbatasan reflek menggigil, dan tidak



dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktivitas otot.

7. Perubahan fisiologis pada sistem persyarafan

Menurunnya hubungan persyarafan, berat otak menurun 10-20%, saraf panca Indera mengecil, kurang sensitive terhadap sentuhan, respon dan waktu untuk bereaksi lambat terhadap stress, deficit memori.

8. Perubahan fisiologis pada sistem pencernaan

kehilangan gigi, indra pengecap mengalami penurunan. Rasa lapar menurun, asam lambung dan waktu pengosongan lambung menurun, peristaltic melemah sehingga bisa menyebabkan konstipasi, hati semakin mengecil.

9. Perubahan Fisiologis Pada Sistem Genitourinaria

Pada tingkat sistem genitourinaria, terjadi beberapa perubahan fisiologis pada lanjut usia, seperti: Ginjal mengalami pengecilan ukuran. Aliran darah ke ginjal menurun. Fungsi tubulus ginjal mengalami penurunan, yang berdampak pada kemampuan mengkonsentrasi urin yang juga menurun.

10. Perubahan fisioterapi sistem integumen

Kulit mengalami keriput karena kehilangan jaringan lemak, kulit tampak kusam, respons terhadap trauma menurun, kulit kepala dan rambut mengalami penipisan, munculnya luka-luka pada permukaan kulit dengan bintik-bintik coklat, pertumbuhan kuku menjadi lebih lambat, kuku jari menjadi keras dan rapuh, pertumbuhan kuku kaki menjadi berlebihan, fungsi kelenjar keringat berkurang.



## 11. Perubahan fisiologis pada sistem musculoskeletal

Pada sistem musculoskeletal, terjadi beberapa perubahan fisiologis pada lanjut usia, seperti yang dijelaskan oleh Gemini et al. (2021): Tulang mengalami kehilangan cairan dan menjadi lebih rapuh, kekuatan dan stabilitas tulang menurun, gerakan pada lutut dan pinggang terbatas, sendi cenderung menjadi kaku, tendon mengalami pengkerutan dan sklerosis, jalan atau gerakan tubuh menjadi terganggu, penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh penurunan massa otot.

## 2.2 Konsep Dasar Penyakit Stroke

### 2.2.1 Pengertian Stroke

stroke adalah kondisi yang terjadi ketika sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. aliran darah yang berhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak juga berhenti, sehingga sebagian otak tidak dapat berfungsi Siskaningrum, (2022).

### 2.2.2 Anatomi Fisiologi Sistem Saraf

Jaringan saraf terdiri dari beberapa bagian diantaranya yaitu :

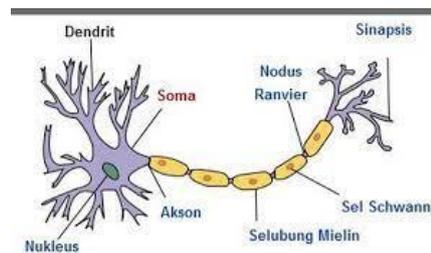
#### a. Neuron (Sel Saraf)

Neuron, atau sel saraf, merupakan unit anatomi dan fungsional dalam sistem persarafan. struktur dasar neuron melibatkan beberapa bagian utama :

1. Badan sel : bagian ini merupakan pusat kontrol sel saraf, tempat terdapat inti sel yang mengandung materi genetik. Badan sel berperan dalam pengaturan fungsi-fungsi seluler dan metabolisme.



2. Dendrit : cabang-cabang pendek yang menjulur keluar dari badan sel. Fungsi utama dendrit adalah untuk menerima impuls atau sinyal dari neuron- neuron lain atau dari sel-sel sensorik, dan menghantarkannya menuju badan sel.
3. Akson : serat panjang yang membawa impuls atau sinyal keluar dari badan sel.



Gambar 2.1 anatomi struktur neuron ( widoglo, w. dkk.2008.)

b. **Sel penyokong** (Neuroglia pada ssp & sel schwann pada sst).

Pada system saraf, sel penyokong, atau neuroglia, memainkan peran penting dalam mendukung dan melindungi sel-sel saraf. Berikut adalah empat jenis neuroglia pada system saraf pusat (SSP) dan peran sel schwann pada sistem saraf tepr (SST):

1. mikroglia : berperan sebagian fagosit, membersihkan sisa sel mati atau materi asing dalam otak dan sumsum tulang belakang.
2. Ependima : berperan dalam produksi cairan serebrospinal (CSF), cairan yang melindungi dan menyokong otak dan sumsum tulang belakang.
3. Antrosit : berperan menyediakan nutrisi untuk neuron dan mempertahankan potensial bioelektrik di sekitar neuron. Terlibat dalam pembentukan penghalang darah otak.

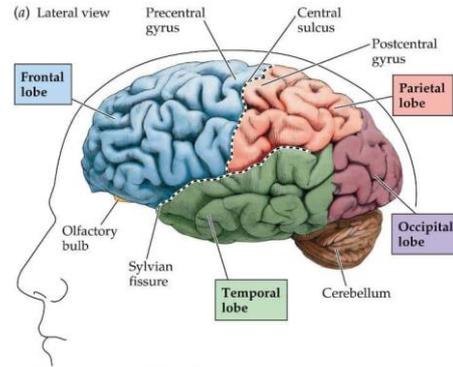


4. Oligodendrosit : menghasilkan mielin pada SSP, yang berfungsi sebagai selubung atau lapisan isolasi pada akson neuron.
5. Sel Schwann (Sistem Saraf Tepi)  
Berperan mirip dengan oligodendrosit, sel schwann membungkus dan menghasilkan lapisan mielin pada serabut saraf di SST.

**c. Mielin**

1. Komplek protein lemak berwarna putih : mielin adalah kompleks protein lemak yang umumnya berwarna putih dan menutupi tonjolan saraf (*neuron*).
2. Menghalangi Aliran ion Na dan K : Mielin bertindak sebagai isolator listrik, menghalangi aliran ion natrium (Na) dan kalium (K) melalui membran saraf.
3. Nodus Ranvier : Daerah yang tidak tertutup oleh mielin disebut nodus Ranvier, tempat impuls listrik meloncat dari satu bagian mielin ke bagian mielin berikutnya.
4. Transmisi impuls pada saraf bermielin lebih cepat : Transmisi impuls pada serat saraf yang dilapisi mielin lebih cepat dibandingkan yang tidak dilapisi, karena impuls dapat meloncat dari satu nodus Ranvier ke nodus Ranvier berikutnya. Fenomena ini dikenal sebagai konduksi saltatorik.





*Biological Psychology 6e, Figure 2.12 (Part 1)*

© 2010 Sinauer Associates, Inc.

Gambar 2.2 Anatomi otak manusia (Mahudi, sugeng. 2011)

Fungsi komponen otak meliputi :

1. Konteks serebri
  - a. Persepsi sensorik.
  - b. Control gerakan volunteer.
  - c. Bahasa
  - d. Sifat pribadi
  - e. Proses mental canggih; berpikir
  - f. Mengingat, membuat keputusan, kreativitas dan kesadaran.
2. Nucleus basal
  - a. Inhibisi tonus otot
  - b. Koordinasi gerakan yang lambat dan menetap.
  - c. Penekatan pola – pola Gerakan yang tidak berguna.
3. Thalamus
  - a. Kesadaran kasar terhadap sensasi : berperan dalam mengintegrasikan dan meneruskan sinyal sensorik dari berbagai bagian tubuh ke korteks sereblar.



- b. Beberapa tingkat kesadaran :Sebagai bagian dari sistem limbik, thalamus terlibat dalam proses yang berkaitan dengan emosi dan motivasi, yang dapat memengaruhi tingkat kesadaran seseorang.
  - c. Berperan dalam kontrol motorik terutama melibatkan hubungannya dengan bagian-bagian lain seperti korteks motoric.
4. Hipotalamus
    - a. Mengatur fungsi homeostatic seperti suhu, rasa haus, pengeluaran urine dan asupan makanan
    - b. Penghubung penting system saraf dan endokrin
    - c. Sangat terlibat dalam emosi dan pola perilaku dasar
  5. Serebelum
    - a. Memelihara keseimbangan.
    - b. Meningkatkan tonus otot.
    - c. Koordinasi dan pencernaan aktivitas otot volunter yang terlatih.
  6. Batang otak
    - a. Penerima sebagian besar saraf cranial parifer
    - b. Pusata pengaturan kardiovaskuler respiransi dan pencernaan.
    - c. Pengaturan reflek otot yang terlibat dalam keseimbangan dan fostur
    - d. Pusat tidur.
    - e. Penerima dan intergrasi semua masukan sinaps dan medulla spinalis ; keadaan terjaga, dan pengaktifan korteks cerebellum.

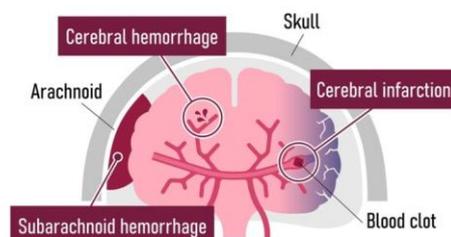
### 2.2.3 Etiologi Stroke

Menurut Purwanto (2016) dan Muttaqin (2012), penyebab stroke dapat dikelompokan sebagai berikut :



1. Trombosit (bekuan darah di dalam pembuluh dalam pembuluh darah otak atau leher) : Penyumbatan pembuluh darah otak atau leher oleh bekuan darah, yang dapat menghambat aliran darah normal ke otak.
2. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain) : Bekuan darah atau material lain yang terbentuk di tempat lain dalam tubuh (misalnya, dari jantung) dapat terlepas dan masuk ke aliran darah, kemudian mencapai otak, menyumbat pembuluh darah, dan menyebabkan stroke.
3. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak ) : Penurunan aliran darah ke area otak, yang dapat disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah atau sumbatan parsial, mengakibatkan kurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke sel-sel otak.
4. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak ) : Pecahnya pembuluh darah serebral menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak, yang dapat merusak sel-sel otak dan menyebabkan gejala stroke.

Gambar 2.1 Hemologi serebral atau perdarahan



Ws\Xo



Akibat dari stroke adalah penghentian atau berkurangnya suplai darah ke otak, yang mengakibatkan kehilangan sementara atau permanen fungsi-fungsi otak, termasuk: kelemahan atau kehilangan fungsi motoric pada satu sisi tubuh atau bahkan pada seluruh tubuh, mengalami kesulitan dalam berpikir, kehilangan kemampuan berbicara atau berkomunikasi dengan benar, menyebabkan gangguan pada persepsi sensorik, seperti sensasi sentuhan atau rasa nyeri yang berubah.

#### 2.2.4 Klasifikasi Stroke

Berdasarkan prosesnya, menurut Siskaningrum, (2022) stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis utama:

1. Stroke perdarahan (hemoragik) :

Pada stroke hemoragik, terjadi pecahnya pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi tidak normal. darah yang merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. sebagian besar kasus stroke hemoragik terjadi secara mendadak, sangat cepat, dan menyebabkan kerusakan otak dalam beberapa menit (completed stroke). Stroke hemoragik juga dapat menjadi lebih buruk dalam beberapa jam sampai 1-2 hari akibat bertambah luasnya jaringan otak yang mati (stroke in evaluation). Terdapat dua tipe perdarahan otak:

- a. Perdarahan intraserebri: pecahnya pembuluh darah, terutama karena hipertensi, menyebabkan darah masuk ke dalam jaringan otak.
- b. Perdarahan subarachnoid: perdarahan terjadi di ruang subaranooid, ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak.



## 2. Stroke iskemik

Pada stroke iskemik (nonhemoragik), aliran darah ke otak terhenti karena terdapat penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah (aterosklerosis) atau bekuan darah yang telah menyumbat aliran suatu pembuluh darah ke otak. Stroke iskemik dapat diklasifikasikan berdasarkan perjalanan penyakitnya:

- a. Stroke trombotik merupakan jenis stroke yang disebabkan terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan.
- b. Stroke embolik merupakan jenis stroke yang disebabkan tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
- c. Hipoperfusi sistemik merupakan jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

### 2.2.5 Tanda dan gejala

Tanda dan gejala stroke dapat mencakup beberapa hal berikut :

1. Serangan defisit neurologis, kelemahan atau kelumpuhan pada lengan, tungkai, atau satu sisi tubuh.
2. Gangguan sensasi, hilangnya rasa atau sensasi abnormal pada lengan, tungkai, atau satu sisi tubuh. Sensasi seperti kesemutan atau sensasi terbakar juga mungkin terjadi.
3. Asimetris mulut dan lidah, mulut tidak simetris, dan lidah mungkin mencong bila diluruskan.
4. Gangguan menelan, kesulitan menelan atau kecenderungan untuk tersedak saat minum.



5. Gangguan bicara (disartria), bicara tidak jelas (pelo/cadel/rero), sulit berbicara, atau kata-kata yang diucapkan tidak sesuai atau sulit dimengerti (afasia).
6. Kesulitan berpikir atau mengucapkan kata: sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata dengan benar.
7. Kelelahan mendadak, kelelahan tiba-tiba yang tidak dapat dijelaskan.
8. Kehilangan keseimbangan dan koordinasi: kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik, atau risiko terjatuh.
9. Gangguan kesadaran: gangguan kesadaran, mulai dari pingsan hingga tidak sadarkan diri (koma).
10. Vertigo: sensasi pusing atau berputar yang menetap saat tidak beraktivitas.
11. Kelopak mata sulit terbuka: kelopak mata sulit terbuka atau berada dalam keadaan tertutup.

Tanda dan gejala ini dapat muncul secara mendadak dan memerlukan penanganan segera. Jika seseorang mengalami gejala-gejala ini, segera hubungi layanan darurat medis untuk mendapatkan bantuan dan perawatan secepat mungkin.

### 2.2.6 Patofisiologi

Stroke terjadi bila darah serebral kesatu area fokal terganggu secara akut, yang menyebabkan pengurangan suplai oksigen dan glukosa. Penyebab dasarnya dapat berupa iskemik (85%), disebabkan oleh oklusi trombotik atau emboli atau hemoragik 15%, yang membentuk suatu peristiwa yang menyebabkan penurunan produksi energi, asidosis, dan akhirnya kematian sel. (Grenberg, 2018, halaman 47).



Otak sangat bergantung pada oksigen dan anoksia dapat menyebabkan perubahan metabolisme yang cepat, pada CVA (Cerebro Vascular Accident) atau serangan stroke, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3-10 menit. Banyak kondisi yang merupakan perfusi serebral yang akan menyebabkan hipoksia atau anoksia. Hipoksia pertama kali menimbulkan iskemia. Iskemia dalam waktu singkat ( kurang dari 10 – 15 menit ) menyebabkan defisit sementara. Iskemia dalam waktu lama menyebabkan kematian sel permanen dan infark serebral dengan disertai edema serebral. Tipe definisi fokal permanen akan tergantung pada daerah dari otak yang dipengaruhi. Daerah otak yang dipengaruhi tergantung pada pembuluh darah serebral yang di pengaruhi. Paling umum pembuluh darah yang dipengaruhi adalah middle serebral arteri : yang kedua dalam arteri karotis interna.

Stroke trombotik, adalah tipe stroke yang paling umum, dimana sering dikaitkan dengan aterosklerosis dan menyebabkan penyempitan lumen arteri, sehingga menyebabkan gangguan suplai darah yang menuju ke otak. Fase awal dari thrombus tidak selalu menyumbat komplit lumen. Penyumbatan komplit dapat terjadi dalam beberapa jam. Gejala – gejala dari CVA akibat thrombus terjadi selama tidur atau segera setelah bangun tidur. Hal ini berkaitan pada orang tua aktifitas simpatiknya menurun dan sikap berbaring menyebabkan menurunnya tekanan darah, yang menimbulkan iskemia otak. Pada penyakit ini biasanya mempunyai hipotensi postural atau buruknya reflek terhadap perubahan posisi, tandan dan gejala neurologi sangat sering Hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh, terasa kesemutan, terasa seperti terbakar. Mulut tidak



simetris, lidah mencong bila diluruskan. Dan Gangguan menelan : susah menelan, minum suka keselek.

Stroke embolik, yang disebabkan embolus adalah penyebab umum kedua dari stroke. Klien yang mengalami stroke akibat embolus biasanya usianya lebih muda dan paling umum embolus berasal dari trombus jantung reumatik dengan mitral stenosi atau atrial fibrilasi. Penyebab yang lain stroke embolik adalah lemak, tumor sel embolik septic embolik, eksudat dari subakut bakterial endokarditis, emboli akibat perbedahan jantung atau vaskuler.

### 2.2.7 Komplikasi

Stroke tidak hanya berdampak pada otak, tetapi juga dapat menimbulkan komplikasi pada berbagai bagian tubuh. Terbatasnya gerakan dan aktivitas selama pemulihan dapat menyebabkan masalah emosional dan fisik. Beberapa komplikasi yang dapat timbul setelah stroke meliputi:

1. Aspirasi pneumonia: terbatasnya kemampuan menelan (*disfagia*) setelah stroke dapat menyebabkan aspirasi, yaitu masuknya makanan atau cairan ke dalam saluran napas, Ini dapat menyebabkan pneumonia, infeksi paru-paru yang dapat memperburuk kondisi kesehatan.
2. Infeksi saluran kemih (*ISK*): kesulitan kontrol kandung kemih dan gangguan fungsi kandung kemih setelah stroke dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kemih.
3. Dehidrasi: keterbatasan gerakan dan kesulitan minum dapat menyebabkan risiko dehidrasi, yang dapat mempengaruhi keseimbangan cairan tubuh.



4. Gangguan lambung (*gastritis*): keterbatasan aktivitas dan perubahan pola makan setelah stroke dapat menyebabkan gangguan lambung, seperti gastritis.
5. Masalah emosional: keterbatasan fisik dan perubahan dalam kemampuan fungsional dapat menyebabkan stres, depresi, atau kecemasan, Pasien mungkin mengalami perasaan frustrasi dan kesulitan beradaptasi dengan perubahan gaya hidup.

Pencegahan dan penanganan komplikasi setelah stroke menjadi penting untuk meningkatkan kualitas hidup dan memfasilitasi pemulihan pasien. Upaya seperti terapi fisik, terapi wicara, dan dukungan psikologis dapat membantu mengatasi tantangan yang timbul setelah stroke. Selain itu, perawatan medis yang tepat dan pengelolaan faktor risiko seperti tekanan darah tinggi juga diperlukan untuk mengurangi risiko komplikasi (Taufan, 2018).

### 2.2.8 Manifestasi klinis

Gejala yang tampak pada stroke sangat tergantung pada jenis stroke, area dan pembuluh darah yang terkena (Hudak et al., 2012 dikutip Siskaningrum, 2018).

1. Kehilangan motorik : hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi), karena lesi otak yang berlawanan, hemipresis (kehilangan masalah salah satu sisi tubuh).
2. Kehilangan komunikasi : disartria (kesulitan berbicara), disfasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), apasia (ketidak mampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).



3. Gangguan persepsi : ketidak mampuan menginterpretasikan sensasi (disfungsi persepsi visual dan kehilangan sensori).
4. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis : kesulitan dalam pemahaman, lupa, kurang motivasi.
5. Disfungsi kandung kemih : meningkatkan frekuensi buang air kecil bersamaan dengan rasa nyeri saat buang air kecil. ( suddarth, 2002)

### 2.2.9 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik untuk menentukan diagnosis dan jenis stroke yang dialami oleh klien melibatkan berbagai metode, seperti yang dijelaskan oleh (Muttaqin, 2012):

1. CT (*Computerised Tomography*) Scan: CT scan digunakan untuk mendeteksi perubahan struktur otak, seperti perdarahan, pembengkakan, atau tumor, Berguna untuk mengidentifikasi area otak yang terkena dan menentukan tipe stroke.
2. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*): MRI menyediakan gambaran yang lebih rinci dari struktur otak dan pembuluh darah, Berguna untuk menilai kerusakan otak lebih detail, membantu dalam diagnosis dan perencanaan perawatan.
3. Angiografi Serebri: Angiografi serebri menggunakan pencitraan untuk mengevaluasi pembuluh darah di otak, Berguna untuk mendeteksi penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah yang dapat menjadi penyebab stroke.
4. USG (*Ultrasonografi*) Doppler: USG Doppler digunakan untuk mengevaluasi aliran darah dalam pembuluh darah utama di leher atau otak.



Berguna untuk mendeteksi penyumbatan atau aliran darah yang tidak normal.

5. Sinar X Tengkorak: Sinar X tengkorak dapat membantu mengidentifikasi perubahan pada tengkorak atau tulang belakang yang dapat terkait dengan stroke, Berguna untuk menilai kerusakan tulang atau perubahan struktural.
6. Pemeriksaan Laboratorium: Pemeriksaan darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, analisis gas darah (*AGD*), biokimia darah, dan elektrolit dilakukan untuk mendukung diagnosis, Pemeriksaan ini dapat membantu mengidentifikasi faktor risiko dan kondisi yang dapat mempengaruhi penyebab stroke.

Pemeriksaan ini secara kolektif membantu tim medis dalam merinci diagnosis, menilai tingkat kerusakan otak, dan merencanakan pendekatan perawatan yang sesuai untuk klien yang mengalami stroke.

#### **2.2.10 Penatalaksanaan**

1. Penatalaksanaan umum

Pada fase rehabilitasi pada latihan ROM : seperti latihan gerak pada Gerakan ROM aktif salah satunya dengan cara latihan menggenggam bola. Hal tersebut untuk membantu pemulihan bagian lengan atau bagian ekstremitas atas sehingga diperlukan teknik untuk merangsang tangan seperti latihan fungsional dengan cara menggenggam sebuah bola pada telapak tangan, latihan yang akan dilakukan adalah ROM aktif. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah bola karet berbentuk bulat, bergerigi dengan sifat elastis, dapat ditekan dengan kekuatan minimal. Latihan menggenggam akan merangsang serat-serat otot untuk



berkontraksi dengan karakteristik latihan menggunakan bola karet bergerigi. Latihan pada jari jari tangan yang penting untuk aktivitas keseharian meliputi abduksi, adduksi, fleksi, ekstensi, oposisi. latihan ini dilakukan 2 kali sehari selama 7 hari berturut – turut dengan durasi 10- 30 menit setiap sesinya dan didapatkan hasil peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas (Kusuma, 2022).

## 2. Penatalaksanaan medis

Pada fase akut meliputi : terapi cairan atau NACL, oksigen, monitor fungsi pernapasan atau analisa gas darah, motor jantung, tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG, evaluasi status cairan dan elektrolit, lakukan pemasangan NGT, monitor tanda-tanda neurologis

## 2.3 Konsep Dukungan Mobilisasi

### 2.3.1 Definisi

Dukungan Mobilisasi yaitu memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik (PPNI, 2018). Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara mudah, bebas dan teratur untuk mencapai suatu tujuan, yaitu untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik secara mandiri maupun dengan bantuan alat. Salah satu latihan mobilisasi yang efektif pada pasien stroke adalah latihan ROM (Basuku, 2018).

### 2.3.2 Tujuan

Tujuan dukungan mobilisasi antara lain :

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka.
3. Membantu pernapasan menjadi lebih baik.



4. Mempertahankan tonus otot.
5. Memperlancar eliminasi alvi (BAB) dan urun (BAK).
6. Mengebalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
7. Memeberi kesempatan perawat dan pasien untuk berintraksi atau berkomunikasi.

### 2.3.3 Etiologi

Penyebab dukungan mobilitas menurut di dalam buku standar diagnose keperawatan Indonesia (SDKI,PPNI,2018) meliputi :

1. Kerusakan intergritas struktur tulang
2. Perubahan metabolisme
3. Ketidak bugaran fisik
4. Penurunan kendali otot
5. Penurunan massa otot
6. Penurunan kekuatan otot
7. Keterlambatan perkembangan
8. Kekuatan sendi
9. Gangguan muskuluskeletal
10. Indeks masa tubuh diatas persentil ke 75 sesuai usia.
11. Nyeri
12. Kurangnya terpaparnya informasi tentang aktivitas fisik
13. Kecemasan
14. Keenganan melakukan gerakan



### 2.3.4 Manifestasi Klinik

Karakteristik gangguan mobilisasi fisik :

1. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- a. mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif :

- a. kekuatan otot menurun
- b. Rentang gerak range of motion menurun

2. Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- a. Nyeri saat bergerak
- b. Enggan melakukan pergerakan
- c. Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

- a. Sendi kaku
- b. Gerakan tidak terkoordinasi
- c. Gerakan terbatas
- d. Fisik lemah

### 2.3.5 Langkah – Langkah Dukungan Mobilitas

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) meliputi :

a. Observasi :

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.



3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

b. Terapeutik :

1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar, tempat tidur.)
2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

c. Edukasi :

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
2. Ajurkan melakukan mobilisasi dini.
3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah ditempat tidur ke kursi)

## **2.4 Konsep Latihan ROM (*Range Of Motion*)**

### **2.4.1 Pengertian ROM**

Menurut Zenni (2019) *Range Of Motion* (ROM) adalah tindakan atau latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit disabilitas, atau trauma. Dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif atau pasif. Atau dapat juga didefinisikan sebagai jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh: sagital, frontal, dan transversal. Ketika mengkaji rentang gerak, perawat mengajukan pertanyaan dan membuat observasi untuk mengumpulkan data tentang kekakuan sendi, pembengkakan, nyeri, keterbatasan sendi dan Gerakan yang tidak seimbang, klien yang imobilitasnya terbatas memerlukan Latihan sendi mengulangi bahaya imobilitas. (Hodayat, 2013).



Menurut Lewis (2007) latihan pada pasien stroke sebaiknya dilakukan 2 kali sehari. Frekuensi yang lebih tinggi dapat membantu mencegah terjadinya komplikasi dan memberikan rangsangan yang teratur untuk pemulihan. Menurut Penelitian lain yang di kutip (Murtaqib, 2013, dikutip Zainudin Harahap 2014), latihan range of motion memiliki peluang besar meningkatkan fleksibilitas dan rentang pada sendi. Latihan *Range of Motion* dapat dilakukan selama 1 minggu dan 2 minggu, dengan frekuensi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Durasi latihan sekitar 10-15 menit setiap sesi, memberikan kesempatan untuk proses penyembuhan dengan baik (Murtaqib, 2013, dikutip Zainudin Harahap, 2014).

#### **2.4.2 Peran Keluarga Dalam Penerapan ROM**

Stroke dapat terjadi kelumpuhan, terutama pada sisi yang terkena, timbul nyeri, sublukasi pada bahu, pola jalan yang salah dan masih banyak kondisi yang perlu dievaluasi oleh perawat. Perawat mengajarkan cara mengoptimalkan anggota tubuh sisi yang terkena stroke melalui suatu aktivitas yang sederhana dan mudah dipahami pasien dan keluarga Menurut Smeltzer and Bare, (dalam dalam Budi, Hendri dan Agonwardi, (2016)). Keluarga sangat berperan penting dalam proses pemulihan dan pengoptimalkan kemampuan motorik pasien paska stroke. Keluarga merupakan sistem pendukung utama memberikan pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) anggota keluarga. Oleh karena itu, pelayanan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya pemulihan keadaan pasien, tetapi juga bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga tersebut.



Menurut Suratun (dalam Budi, Hendri dan Agonwardi, (2016)) latihan ROM adalah latihan yang dilakukan pasien pasca stroke dan keluarga. Oleh karena itu, sebagai pendidik, perawat perlu membantu kemandirian keluarga dalam membantu rehabilitasi awal pasien stroke berupa latihan ROM pasif sebagai upaya keluarga untuk meningkatkan kemampuan mengatasi masalah kesehatan keluarga dan berperan dalam meningkatkan kesehatan keluarga yang nantinya dapat digunakan oleh keluarga di rumah setelah pasien pulang dari rumah sakit.

#### **2.4.3 Jenis Jenis *Range Of Motion***

Jenis jenis Latihan *Range of motion* dapat di bagi menjadi 3 menurut (Lyndon, 2011) meliputi :

1. Rentang pergerakan sendi aktif, klien diajarkan menggerakkan sendi yang mengalami penurunan fungsi secara mandiri.
2. Rentang pergerakan sendi aktif asitif klien menggunakan lengan atau tungkai yang berlawanan dan lebih kuat untuk menggerakkan setiap sendi pada ekstremitas yang tidak mampumelakukan Gerakan aktif. Perawat membantu melanjutkan Gerakan tersebut hingga mencapai batas maksimnya.
3. Rentang pergerakan sendi pasif, Latihan dilakukan oleh perawat pada pasien yang mengalami imobilitas pada sendi.

#### **2.4.4 Tujuan *Range Of Motion***

Adapun tujuan *Range Of Motion*, adalah :

1. Meningkatkan atau mempertahankan kan fleksibilitas dan kekuatan otot :  
latihan ROM membantu menjaga elastisitas dan kekuatan otot. Mencegah kelemahan otot.



2. Mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan : aktivitas fisik, dapat mendukung kesehatan jantung dan pernapasan dengan meningkatkan sirkulasi darah dan memperkuat sistem pernapasan
3. Mencegah kekakuan pada sendi : mencegah pembentukan kekakuan pada sendi.
4. Merangsang sirkulasi darah, membantu mendistribusikan oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, termasuk otak.
5. Mencegah kelainan bentuk dan kontraktur : mencegah terjadinya kelainan bentuk dan kontraktur pada otot dan sendi, yang dapat menghambat gerakan normal.

#### **2.4.5 Manfaat *Range Of Motion***

Menurut Potter & Perry (2005) manfaat *Range Of Motion*, yaitu:

1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
2. Mengkaji tulang, sendi dan otot.
3. Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
4. Memperlancarkan sirkulasi darah
5. Meningkatkan mobilisasi sendi.
6. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan.
7. Memperbaiki tonus otot.

#### **2.4.6 Prinsip *Range Of Motion***

Adapun prinsip *Range Of Motion*, berikut adalah beberapa prinsip-prinsip pada ROM diantaranya :



1. Repetisi dan frekuensi Latihan ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali dalam sehari.
2. Pelaksanaan ROM dilakukan perlahan dan hati – hati sehingga tidak melelahkan pasien.
3. Dalam merencanakan program Latihan ROM, hendaknya diperhatikan terlebih dahulu bagian – bagian tubuh yang dapat dilakukan Latihan ROM yaitu bagian leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
4. Latihan ROM dapat dilakukan pada semua persediaan atau hanya pada bagian – bagian yang dicurigai mengarami proses penyakit.
5. Berlatih ROM harusnya memiliki jadwal yang teratur, misalnya setelah mandi atau pada waktu perawatan rutin yang telah dilakukan.

#### **2.4.7 Frekuensi Range OF Motion**

Latihan ROM secara teori tidak disebutkan secara spesifik mengenai atauran dosis dan intensitas latihan ROM tersebut. Menurut Smeltzer & Bare (2008) Latihan Range Of Motion dapat dilakukan 4 sampai 5 kali dalam sehari, sedangkan menurut Perry & Potter (2006), dikutip Wahyu Nur Fitriyani, 2015. Latihan *Range Of Motion* dapat dilakukan 2 kali dalam sehari.

#### **2.4.8 Indikasi dan Sasaran *Range of motion***

Menurut Potter & Perry, (2005), dikutip Wahyu Nur Fitriyani, 2015.

Indikasi range of *motion* meliputi :

1. Indikasinya :
  - a. Pada pasien yang dapat melakukan kontraksi pada otot secara aktif dan mampu menggerakkan ruas sendinya baik dari bantuan maupun tidak.



- b. Pada pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, maka digunakan cara A- AROM (*Active-assistive range of motion*) adalah jenis latihan *range of motion* aktif yang mana bantuan diberikan melalui manual maupun mekanik, karena otot penggerak primer memerlukan bantuan untuk menyelesaikan gerakan).
  - c. Latihan *range of motion* aktif dapat digunakan juga untuk program Latihan aerobik.
  - d. ROM Aktik digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas diatas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak.
2. *Range of motion* aktif , sarasanya :
- a. Apabila tidak terdapat inflamasi dan kontraudikasi, sasaran ROM aktif sama seperti ROM pasif
  - b. Keuntungan fisiologis dari kontraksi otot aktif dan pembelajaran dari kontrol gerakan volunter.
3. *Range of motion* sasaran spesifik :
- a. Memelihara elastisitas dan kontraktilitas fisiologis dari yang terlibat
  - b. Memberikan umpan balik sensorik darai otot yang berkontraksi
  - c. Memberikan rangsangan untuk tulang dan intergritas jaringan persendian
  - d. Meningkatkan sirkulasi
  - e. Mengembangkan koordinasi dan ketrampilan motorik.

#### **2.4.9 Faktor yang mempengaruhi ROM (*Range Of Motion*)**

Menurut Potter & Perry (2006) dikutip Feni Yuni Astanti, 2017. Faktor yang mempengaruhi ROM (*Range Of Montion*) dibagi menjadi empat yaitu :



1. penyakit – penyakit sistemik  
penyakit atau gejala yang mempengaruhi tubuh secara umum
2. sendi neurogis atau otot  
kelainan pada sistem syaraf yang mengenai daerah sendi atau otot.
3. Akibat pengaruh cedera  
sesuatu kerusakan pada struktur atau fungsi tubuh karena suatu paksaan atau tekanan fisik maupun kimiawi.
4. Imobilitasi  
suatu kegiatan yang tidak bisa dilakukan dan tidak mengerakan anggota gerak badan.

#### 2.4.10 Gerakan Latihan *Range Of Motion*

Menurut Potter & Perry, (2005), dalam Wahyu Nur Fitriyani (2015)

ROM terdiri dari Gerakan pada persendihan sebagai berikut :

Table 3.3 gerakan dalam *Range Of Motion* menurut (Potter & Perry, 2005)

| No | Sendi        | Gerakan       | Penjelasan   | Rentang        |
|----|--------------|---------------|--|----------------|
| 1. | Bahu         | Fleksi        | Menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala.             | Rentang 180°   |
|    |              | Ekstensi      | Mengebalikan lengan ke posisi samping tubuh.   | Rentang 180°   |
|    |              | Hiperekstensi | Menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus.                                     | Rentang 45-60° |
|    |              | Abduksi       | Menaikan lengan ke samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala.            | Rentang 180°   |
|    |              | Adduksi       | Menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin.                             | Rentang 320°   |
| 2. | Siku         | Fleksi        | Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu. | Rentang 150°   |
|    |              | Ekstensi      | Meluruskan siku dengan menurunkan tangan.  | Rentang 150°   |
| 3. | Lengan bawah | Supinasi      | Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas.                   | Rentang 70-90° |
|    |              | Pronasi       | Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.                             | Rentang 70-90° |

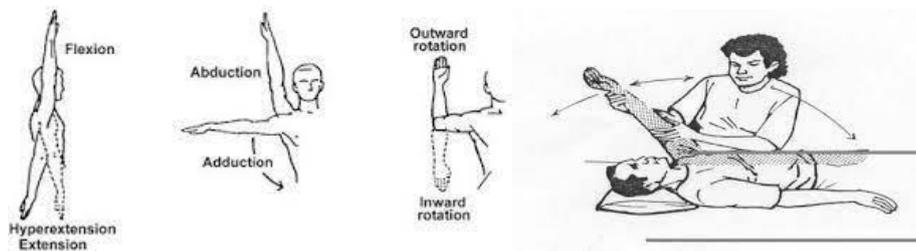


|     |                    |               |  |                  |
|-----|--------------------|---------------|--|------------------|
| 4.  | Pergelangan tangan | Fleksi        | Menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah.   | Rentang 80-90°   |
|     |                    | Ekstensi      | Menggerakkan jari – jari tangan sehingga jari – jari tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama. | Rentang 80-90°   |
|     |                    | hiperekstensi | Membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin.  | Rentang 89-90°   |
|     |                    | Abduksi       | Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari.   | Rentang 30°      |
|     |                    | Adduksi       | Menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari.   | Rentang 30-50°   |
| 5.  | Jari – jari tangan | Fleksi        | Membuat genggamannya.  | Rentang 90°      |
|     |                    | Ekstensi      | Meluruskan jari – jari tangan.   | Rentang 90°      |
|     |                    | Hiperekstensi | Menggerakkan jari – jari tangan ke belakang sejauh mungkin.  | Rentang 30-60°   |
|     |                    | Abduksi       | Meregangkan jari – jari tangan yang satu dengan yang lain.   | Rentang 30°      |
|     |                    | Adduksi       | Merapatkan Kembali jari- jari tangan.  | Rentang 30°      |
| 6.  | Ibu jari           | Fleksi        | Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan.  | Rentang 90°      |
|     |                    | Ekstensi      | Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan  | Rentang 90°      |
|     |                    | Abduksi       | Menjauh ibu jari ke samping.   | Rentang 30°      |
|     |                    | Adduksi       | Menggerakkan ibu jari ke depan tangan.   | Rentang 30°      |
|     |                    | Oposisi       | Menyentuhkan ibu jari ke setiap jari – jari tangan pada tangan yang sama.                              |                  |
| 7.  | lutut              | Fleksi        | Mengerakan tumit ke arah belakang paha.  | Rentang 120-130° |
|     |                    | Ekstensi      | Mengembalikan tungkai ke lantai.   | Rentang 120-130° |
| 8.  | Mata kaki          | Dorsifleksi   | Menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk ke atas.   | Rentang 20-30°   |
|     |                    | Plantarfleksi | Menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk ke bawah.  | Rentang 45-50°   |
| 9.  | kaki               | Inversi       | Memutar telapak kaki ke samping dalam.   | Rentang 10°      |
|     |                    | Eversi        | Memutar telapak kaki ke samping luar.  | Rentang 10°      |
| 10. | Jari – jari kaki   | Fleksi        | Menekuk jari – jari kaki ke bawah  | Rentang 30-60°   |
|     |                    | Ekstensi      | Meluruskan jari – jari kaki.   | Rentang 30-60°   |
|     |                    | Abduksi       | Menggerakkan jari – jari kaki satu dengan yang lain.   | Rentang 15°      |
|     |                    | Adduksi       | Merapatkan Kembali Bersama – sama.   | Rentang 15°      |

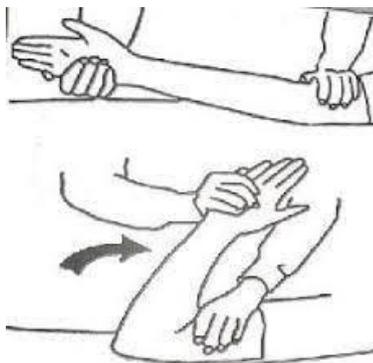


Adapun gambar dalam Gerakan Range Of Motion :

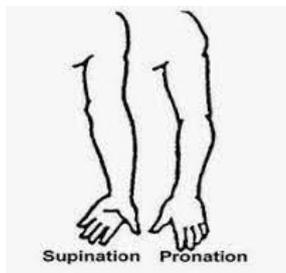
1. Sendi bahu



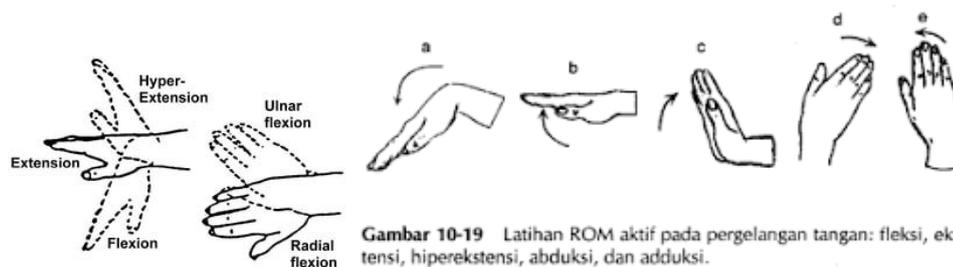
2. Sendi siku



3. Sendi lengan bawah



4. Sendi pergelangan tangan



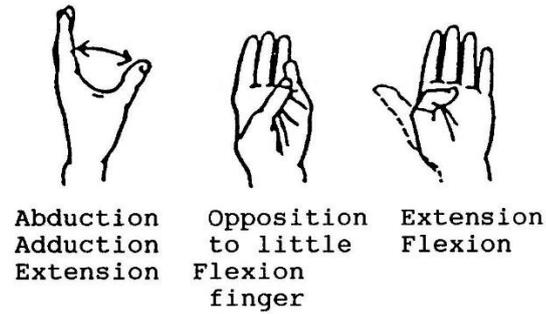
**Gambar 10-19** Latihan ROM aktif pada pergelangan tangan: fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, dan adduksi.



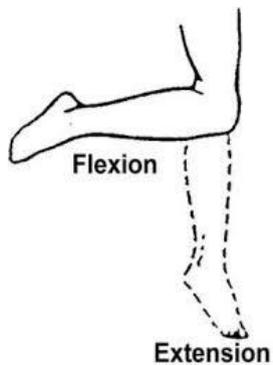
## 5. Sendi jari – jari tangan



## 6. Sendi ibu jari



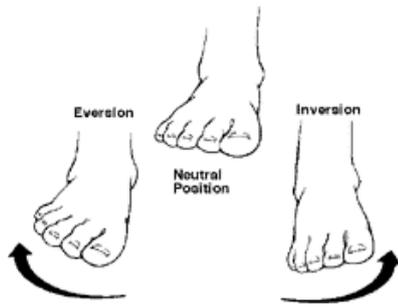
## 7. Sendi lutut



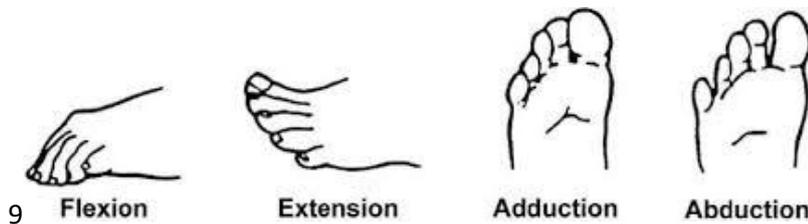
## 8. sendi mata kaki



## 9. sendi kaki



## 10. sendi jari jari kaki



## 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

## 2.5.1 Pengkajian

## a. Identitas Pasien

Pada penderita stroke lebih sering terjadi pada usia 60 tahun. lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan wanita, karena laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke dan cenderung merokok,

## b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien stroke yaitu kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

## c. Riwayat Penyakit sekarang

Serangan stroke non homoragik ini sering kali terjadi secara mendadak, biasanya terjadi pada saat klien melakukan aktivitas. Biasanya juga pasien akan mengalami nyeri kepala, mual, muntah, bahkan akan mengalami



kejang dan tidak sadarkan diri, dan bisa terjadinya kelumpuhan separo atau sebagian badan atau gangguan fungsi otak yang lainnya.

d. Riwayat Kesehatan masa lalu

Apakah pasien mempunyai riwayat penyakit dahulu atau tidak, seperti riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, riwayat stroke sebelumnya. Pengkajian pemakaian obat – obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat anti hipertensi, anti lipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit menurun atau menular. Riwayat keluarga yang menderita penyakit hipertensi, diabetes militus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Pengkajian psikologi spiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitis dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme coping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan dan perubahan peran klien dalam keluarga, masyarakat serta respon atau perubahan peran klien dalam kehidupan sehari – harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat. Adakah dampak yang timbul pada klien yaitu tubul seperti ketakutan akan kecemasan, kecacatan, rasa ketidak mampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya yang salah ( gangguan citra tubuh ).



g. Pola – pola fungsi kesehatan adalah sebagai berikut :

1) Pola persepsi dan perilaku hidup sehat

Umumnya, terdapat riwayat perokok, konsumsi alkohol, dan penggunaan kontrasepsi oral.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Biasanya terjadi pada gangguan pola makan, kesulitan menelan, penurunan nafsu makan, serta mual dan muntah pada fase akut dapat terjadi.

3) Pola eliminasi

Inkontinensia urine sering muncul, dan pada pola defekasi, biasanya terjadi konstipasi karena penurunan peristaltik usus..

4) Pola aktivitas dan latihan

Gangguan beraktivitas bisa disebabkan oleh kelemahan, kehilangan sensori, atau mudah lelah.

5) Pola tidur dan istirahat

Klien umumnya mengalami gangguan istirahat karena kejang otot atau nyeri otot.

6) Pola hubungan dan peran

Perubahan hubungan dan peran dapat terjadi karena gangguan bicara yang menyebabkan kesulitan berkomunikasi.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Klien mungkin merasa tidak berdayah, kehilangan harapan, mudah marah, dan kurang kooperatif.



## 8) Pola sensori dan kognitif

Gangguan penglihatan atau sentuhan pada wajah dan ekstremitas yang sakit umumnya terjadi pada pola sensori. Pada pola kognitif, biasanya terdapat penurunan memori dan proses berpikir.

## 9) Pola reproduksi seksual

Penurunan gairah seksual sering terjadi sebagai efek samping dari beberapa jenis pengobatan stroke, seperti obat anti kejang dan anti hipertensi.

## 10) Pola penanggulangan stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi.

## 11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan, atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

### 2.5.2 Pemeriksaan Fisik

#### a. Keadaan umum

Biasanya klien pada lansia mengalami gangguan musculoskeletal pada stroke keadaan umumnya lemah, gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara.

#### b. Kesadaran

Kesadaran pasien biasanya mengalami penurunan kesadaran tergantung tingkat kesadaran yang dialami pasien.



c. Tanda – tanda vital

- 1) Pada pasien stroke hemoragik yang memiliki Riwayat tekanan darah tinggi sering terjadi peningkatan darah >180/80 mmhg.
- 2) Nadi normal
- 3) Pernafasan pasien stroke hemoragik biasanya akan mengalami gangguan pada kebersihan jalan nafas.
- 4) Suhu dalam batas normal.

d. Pemeriksaan head to toe menurut Tarwoto (2013):

1. Pemeriksaan kepala dan muka

Biasanya kepala dan wajah pucat, wajah tidak simetris namun banyak juga pasien stroke yang tidak mengalami kelempuhan pada syaraf wajah.

2. Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sclera tidak ikterik, kelopak mata tidak terdapat odema.

3. Hidung

Biasanya pemeriksaan hidung Simetris kiri maupun kanan, tidak terdapat cuping hidung.

4. Pemeriksaan mulut dan gigi

Pada umumnya penderita stroke terdapat masalah pada mulut, yaitu terjadi belpasi nahkan kekakuan pada otot mulut.

5. Pemeriksaan Telinga

Daun telinga biasanya akan sejajar antara kanan dan kiri pemeriksaan nervus VIII (askustikus) : pasien biasanya kurang dapat mendengar gerakan dari jari – jari perawat.



#### 6. Pemeriksaan leher

Biasanya bentuk leher, terdapat pembesaran kelenjar throid atau tidak, pemebesaran vena jugularis, dan biasanya keadaan leher pun normal.

#### 7. Pemeriksaan thorak dada

- Paru

- a. Inspeksi : simetris kanan kiri

- b. Palpasi : vocal fremitus teraba

- c. Perkusi : sonor

- d. Auskultasi : vesikuler, namun terkadang terdengar ronchi jika pasien mengalami penurunan kesadaran.

- Jantung

- a. Inspeksi : ictus kordis tidak Nampak

- b. Palpasi : teraba ictus cordis

- c. Perkuasi : pekak

- d. Auskultasi : BJ1 dan BJ2 tunggal

#### 8. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : tidak terdapat asites

Auskultasi : bising usus dalam retan normal

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : thympani.

#### 9. Pemeriksaan genatalia

Biasanya pemeriksaan ini meliputi kebersihan dari genatalia rambut pubis, terdapat hemoroid ataupun tidak.



## 10. Ekstermitas

Meliputi pemeriksaan rentan gerak dalam batas normal ataupun tidak, edema, tremor, terdapat nyeri tekan atau tidak, alat bantu jalan dan biasanya akan mengalami penurunan otot (skala 0 – 5) :

## 11. Kekuatan otot

Bagian 3.1 Skala Kekuatan otot.

| Skala     | Nilai | Keterangan   |
|-----------|-------|--|
| Normal    | 5/5   | Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan tahanan dengan penuh. |
| Baik      | 4/5   | Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawakan dengan tahan sedang.                                  |
| Sedang    | 3/5   | Hanya mampu melawan gaya gravitasi.  |
| Buruk     | 2/5   | Tidak mampu melawan gaya gravitasi (Gerakan pasif)   |
| Sedikit   | 1/5   | Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakan persendian.  |
| Tidak ada | 0/5   | Tidak ada kontraksi otot.  |

## 12. Integumen

warna kulit biasanya sawo matang, putih, pucat, kulit kering ataupun lembab, terdapat lesi atau pun tidak, kulit bersih atau kotor, CRT < 2detik, turgor kulit membaik.

## e. Pemeriksaan saraf karnial

Pemeriksaan syaraf kranial menurut Judha, M dan Rahli H. (2019) meliputi:

Tabel 3.2 gangguan pada saraf spinalis

| Bagian yang dikaji           | Hasil pemeriksaan  |
|------------------------------|--|
| <b>Nevus I (olfaktorius)</b> | Saraf olfaktorius merupakan saraf kranial dengan fungsi sensorik yang berperan dalam indra penciuman seperti membantu mendeteksi aroma, wangi, atau bau yang terhirup oleh hidung. Saraf olfaktori juga menjadi salah satu dari dua saraf kranial yang berasal dari otak besar (cerebrum). |
| <b>Nevus II (optikus)</b>    | Nevus kranial optik berperan sebagai pengantar informasi visual dari retina ke otak. Retina akan mengirimkan sinyal elektrik menuju otak melalui saraf optik ini, kemudian sinyal diterjemahkan menjadi informasi visual di otak sehingga kita dapat memahami apa yang sedang dilihat.     |



|  |  |
|--|--|
| <b>Nevus III (okulomotorius)</b>       | Jenis saraf yang satu ini juga berhubungan dengan mata. Akan tetapi, saraf okulomotor berhubungan dengan fungsi motorik yang mengendalikan gerakan bola mata, berkedip, mengontrol respon pupil, dan memfokuskan penglihatan pada suatu objek. Saraf ini berasal dari otak tengah bagian depan yang lalu bergerak ke rongga mata.  |
| <b>Nevus IV (troklearis)</b>           | Fungsi saraf troklear sebagai salah satu bagian dari saraf kranial adalah untuk mengon troll otot mata oblikus superior yang bertugas mengerakkan mata ke bawah, samping, dan atas. Apabila fungsi saraf ini terganggu, maka kondisi ini dapat menimbulkan terjadinya penglihatan ganda atau strabismus (mata juling).   |
| <b>Nevus V (trigeminal)</b>            | Saraf trigeminal mempunyai fungsi motorik maupun sensorik. Fungsi sensorik saraf trigeminal adalah untuk merasakan sensasi pada wajah, kulit, dan leher atas. Timbulnya rasa nyeri, dingin, atau panas merupakan respon dari saraf trigeminal. Sementara itu, fungsi motoriknya berperan dalam mengontrol gerakan otot di telinga, mulut, dan juga radang. Gangguan pada saraf ini akan menyebabkan seseorang jadi sulit mengunyah.  |
| <b>Nevus VI (abduzen)</b>              | Saraf abduzen berfungsi untuk mengendalikan otot mata rektus lateral yang memiliki peran sebagai penggerakan mata ke arah luar, misalnya melihat ke arah telinga. Saraf ini berasal dari pons (salah satu bagian dari batang otak), lalu memanjang hingga mencapai otot rektus lateral yang berada di rongga mata.   |
| <b>Nevus VII (fasialis)</b>            | Jenis saraf kranial ini berhubungan dengan wajah. Saraf fasialis bertugas bertugas untuk mengontrol otot wajah, sehingga dapat muncul ekspresi tertentu pada wajah, seperti tersenyum atau cemberut. Saraf ini juga membantu mengeluarkan air mata serta mengenali sensasi rasa di lidah.  |
| <b>Nevus VIII (vestibulokoklearis)</b> | Saraf vestibulokoklear terlibat dalam membantu menjaga keseimbangan tubuh dan fungsi indra pendengaran. Apabila terdapat gangguan pada saraf ini, maka beberapa kondisi yang mungkin terjadi adalah vertigo, tuli, tinnitus dan penyakit meniere.  |
| <b>Nevus IX (glossofaringeal)</b>      | Fungsi saraf glossofaringeal sebagai bagian sari saraf kranial adaah membuat seseorang mampu menelan dan mengecap. Saraf ini membawa informasi sensorik dari telinga luar, rongga telinga tengah, bagian belakang lidah, serta bagian belakang tenggorokan, sementara itu, fungsi motoriknya adalah untuk menyapaikan informasi dari dua kelenjar ludah serta gerakan otot pada bagian belakang tenggorokan.   |
| <b>Nevus X (vagus)</b>                 | Bagian terpanjang dari saraf kranial adalah saraf vagus. Saraf ini merupakan saraf parasimpatik yang berada di sepanjang otak hingga lindah, tenggorokan, jantung, paru – paru dan sistem pencernaan. Saraf vagus terdiri dari beberapa cabang, yakni sensorik, motorik dan otonom. Fungsi saraf vagus cukup beragam, mulai dari mengontrol gerakan pita suara, detak jantung, tekanan darah, paru – paru, sistem penncernaan seperti usus dan lambung, serta merangsang kleenjar endokrin untuk memproduksi hormon yang penting dalam mendukung proses metabolisme tubuh. |
| <b>Nevus XI (aksesorius)</b>           | pasangan saraf kranial ini bertanggung jawab terhadap otot trapezius dan sternocleidomastoid untuk menggerakan bahu, leher dan kepala. Kerusakan pada saraf ini berisiko menyebabkan otot leher dan punggung melemah, bahkan lumpuh.   |
| <b>Nevus XII (hipoglosus)</b>          | Saraf hipoglosal memiliki peran dalam menggerakan otot – otot lidah. Ganggun pada saraf ini dapat menyebabkan kondisi afasia, disfagia dan meningkatkan risiko tersedak.   |



### 2.5.3 Pengkajian Fungsional

Pengkajian status fungsional ini meliputi pengukuran kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari – hari, penentuan kemandirian, mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien, serta menciptakan pemilihan intervensi yang tepat. Pengkajian status fungsional ini melakukan pemeriksaan dengan instrumen tertentu untuk membuat penilaian secara objektif. Instrumen yang biasa digunakan dalam pengkajian status fungsional adalah indeks Katz, Barthel Indeks, dan Sullivan Indeks Katz. Alat ini digunakan untuk menentukan hasil tindakan dan prognosis pada lansia dan penyakit kronis. Lingkup pengkajian meliputi keadekuatan enam fungsi, yaitu mandi, berpakaian, toileting, berpindah, kontinen dan makan, yang hasilnya untuk mendeteksi tingkat fungsional klien (mandiri/dilakukan sendiri atau tergantung) (Sunaryo, 2016).

- a. Indeks Katz
  - 1) Kemandirian dalam hal makanan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, dan mandi.
  - 2) Kemandirian dalam semua hal, kecuali satu dari fungsi tersebut.
  - 3) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
  - 4) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
  - 5) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
  - 6) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan.
  - 7) Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.



## b. Barthel Indeks

Tabel 2.2 Barthel Indeks

| No | Kriteria  | Dengan bantuan | Mandiri |
|----|---|----------------|---------|
| 1  | Makan   | 5              | 10      |
| 2  | Aktivitas ke toilet   | 5              | 10      |
| 3  | Berpindah dari kursi roda atau sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur | 5 – 10         | 15      |
| 4  | Kebersihan diri mencuci muka menyisir rambut dan menggosok gigi           | 0              | 5       |
| 5  | Mandi   | 0              | 5       |
| 6  | Berjalan di permukaan datar   | 10             | 25      |
| 7  | Naik turun tangga   | 5              | 10      |
| 8  | Berpakaian  | 5              | 10      |
| 9  | Mengontrol defekasi   | 5              | 10      |
| 10 | Mngontrol berkemih  | 5              | 10      |
|    | Total   |                | 100     |

Penilaian :

0 – 20 : ketergantungan

21 – 61 : ketergantungan berat/sangat tergantung

62 – 90 : ketergantungan berat

91 – 99 : ketergantungan ringan

100 : mandiri

## a. pengkajian posisi dan keseimbangan (Sullivan Indkes Katz)

Tabel 2.3 Sullivan Indeks

| No | Tes koordinasi   | Keterangan | Nilai |
|----|--|------------|-------|
| 1  | Berdiri dengan postur normal   |            |       |
| 2  | Berdiri dengan postur normal menutup mata                            |            |       |
| 3  | Berdiri dengan kaki rapat  |            |       |
| 4  | Berdiri dengan satu kaki   |            |       |
| 5  | Berdiri refleks trunk dan berdiri ke posisi netral                   |            |       |
| 6  | Berdiri lateral dan fleksi trunk                                     |            |       |
| 7  | Berjalan tempatkan tumit salah satu kaki didepan jari kaki yang lain |            |       |
| 8  | Berjalan sepanjang garis lurus                                       |            |       |
| 9  | Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai                          |            |       |
| 10 | Berjalan menyamping  |            |       |
| 11 | Berjalan mundur  |            |       |
| 12 | Berjalan mengikuti lingkaran   |            |       |



|    |                            |
|----|----------------------------|
| 13 | Berjalan pada tumit        |
| 14 | Berjalan dengan ujung kaki |
|    | Jumlah                     |

Keterangan :

- 4: mampu melakukan aktivitas dengan lengkap
- 3: mampu melakukan aktivitas dengan bantuan
- 2: mampu melakukan aktivitas dengan bantuan maksimal
- 1: tidak mampu melakukan aktivitas

Nilai :

- 42 – 54 : mampu melakukan aktivitas
- 28 – 41 : mampu melakukan sedikit bantuan
- 14 – 27 : mampu melakukan bantuan maksimal
- 14 : tidak mampu melakukan aktivitas

#### 2.5.4 Pengkajian Status Kognitif/Afektif

Pengkajian status kognitif/afektif merupakan pemeriksa status mental sehingga dapat memberikan gambaran perilaku dan kemampuan mental dan fungsi intelektual. Pengkajian status mental ditekankan pada pengkajian tingkat kesadaran, perhatian, ketrampilan berbahasa, ingatan interpretasi bahasa, ketrampilan menghitung dan menulis, serta kemampuan konstruktif. Pengkajian status mental bisa digunakan untuk klien yang berisiko delirium. Pengkajian ini meliputi *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), *Mini-Mental State Exam* (MMSE), *Inventaris Depresi Beck* (IDB), *Skala Depresi Geriatrik Yesavage*. Berikut akan diuraikan secara singkat aspek pengkajian tersebut.





a. *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

Pengkajian ini digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Instrumen SPMSQ terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis, penilaian dalam pengkajian SPMSQ adalah nilai 1 jika rusak/salah dan nilai 0 tidak rusak/ benar.

*Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

Tabel 2.4 Short Portable Mental Status Questionnaire

| Benar  | Salah | No | Pertanyaan  |
|--------|-------|----|---|
|        |       | 1  | Tanggal berapa hari ini?  |
|        |       | 2  | Hari apa sekarang?  |
|        |       | 3  | Apa nama tempat ini?  |
|        |       | 4  | Dimana alamat anda?   |
|        |       | 5  | Kapan anda lahir?   |
|        |       | 6  | Siapakah presiden Indonesia saat ini?   |
|        |       | 7  | Siapakah presiden Indonesia sebelumnya?   |
|        |       | 8  | Berapa anak anda?   |
|        |       | 9  | Siapakah nama ibu anda?   |
|        |       | 10 | Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangannya 3 dari setiap angka baru semua secara menurun. |
| Jumlah |       |    |   |

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : fungsi intelektual kerusakan berat

b. Mini – Mental State Exam (MMSE)

Mini – mental State Exam (MMSE) digunakan untuk menguji aspek kognitif dari fungsi mental : orientasi, registasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa. Pemeriksaan ini bertujuan untuk melengkapi dan

menilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik, namun berguna untuk mengkaji kemajuan klien (Sunaryo, 2016)

### *Mini – Mental State Exam (MMSE)*

Tabel 2.5 Mini – Mental State Exam

| No | Aspek Kognitif          | Nilai Maksimal | Nilai Klien | Kriteria   |
|----|-------------------------|----------------|-------------|--|
| 1  | Orientasi               | 5              |             | Menyebutkan :<br>a. Tahun<br>b. Musim<br>c. Tanggal<br>d. Hari<br>e. Bulan   |
| 2  | Orientasi               | 5              |             | Dimana sekarang kita berada?<br>a. Negara<br>b. Provinsi<br>c. Kabupaten   |
|    | Regristasi              | 3              |             | Sebutkan 3 nama objek(kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab :<br>a. Kursi<br>b. Meja<br>c. Kertas   |
| 3  | Perhatian dan Kalkulasi | 5              |             | Meminta klien berhitung mulai dari 100, kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat<br>1. 100, 92, ..., ..., ..  |
| 4  | Mengingat               | 3              |             | Meminta klien untuk menyebutkan objek pada point 3.<br>a. Kursi<br>b. Meja<br>c. ....  |
| 5  | Bahasa                  | 9              |             | Menyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut).<br>a. Jendela<br>b. Jam dinding<br>Meminta klien untuk mengulang kata berikut “tanpa, jika, dan, atau, tetapi”. Klien menjawab ..., dan, atau, tetapi.<br>Meminta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3langkah. Ambil pulpen ditangan anda, ambil kertas, menulis “saya mau tidur”<br>a. Ambil pulpen<br>b. Ambil kertas<br>c. ....<br>Perintahkan klien untuk hal |





|              |  |
|--------------|--|
|              | berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 poin) :<br>“tutup mata anda”.<br>a. Klien menutup mata<br>Perintahkan pada klien menulis satu kalimat dan menyalin gambar ( buah segi 5) |
| <b>Total</b> | 30   |

Skor :

24 – 30 : normal

17 – 33 : probable gangguan kognitif

0 – 16 : definitif gangguan kognitif

### c. Inventaris Depresi Beck (IDB)

Inventaris Depresi Beck (IDB) merupakan alat pengukur status afektif yang digunakan untuk membedakan jenis depresi yang memengaruhi suasana hati.

Instrumen ini berisikan 1 karakteristik : alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, kepuasan, rasa bersalah, rasa terhukum, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan terhadap diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan untuk menangis, mudah tersinggung, menarik diri, ketidakmampuan membuat keputusan, gambaran tubuh, gangguan tidur, kelelahan, gangguan selera makan, kehilangan berat badan. Selain itu, juga berisikan 13 hal tentang gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi.

### ***Inventaris Depresi Beck (IDB)***

Tabel 2.6 Interventasis Depresi Beck

| Skore               | Uraian  |
|---------------------|---|
| <b>A. Kesedihan</b> |   |
| 3                   | Saya sangat sedih /tidak bahagia dimana saya takdapat menghadapinya.    |
| 2                   | Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya. |
| 1                   | Saya merasa sedih atau galau.   |
| 0                   | <b>Saya tidak merasa sedih.</b>   |
| <b>B. Pesimisme</b> |   |
| 3                   | Saya merasa bahwa masa depan adalah siasia dan                          |



|   |   |
|---|---|
|   | sesuatu tidak dapat membaik.                                  |
| 2 | Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan.  |
| 1 | Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.                |
| 0 | Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan. |

### C. Rasa Kegagalan

|   |   |
|---|---|
| 3 | Saya merasa benar-benar gagal sebagai sebagai orang tua.(suami/istri)           |
| 2 | Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan. |
| 1 | Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya.                            |
| 0 | Saya tidak merasa gagal.  |

### D. Ketidak Puasan

|   |   |
|---|---|
| 3 | Saya tidak puas dengan segalanya.                 |
| 2 | Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun. |
| 1 | Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan.       |
| 0 | Saya tidak merasa tidak puas.                     |

### E. Rasa Bersalah

|   |   |
|---|---|
| 3 | Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga.               |
| 2 | Saya merasa sangat bersalah.  |
| 1 | Saya merasa buruk / tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik. |
| 0 | Saya tidak merasa benar-benar bersalah.                               |

### F. Tidak Menyukai Diri Sendiri

|   |   |
|---|---|
| 3 | Saya benci diri saya sendiri.                 |
| 2 | Saya muak dengan diri saya sendiri.           |
| 1 | Saya tidak suka dengan diri saya sendiri.     |
| 0 | Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri. |

### G. Membahayakan Diri Sendiri

|   |  |
|---|--|
| 3 | Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan.     |
| 2 | Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri.                  |
| 1 | Saya merasa lebih baik mati.   |
| 0 | Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri. |

### H. Menarik Diri dari Sosial

|   |  |
|---|--|
| 3 | Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya.      |
| 2 | Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka. |
| 1 | Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya.   |
| 0 | Saya tidak kehilangan minat pada orang lain  |

### I. Keragu-raguan

|   |  |
|---|--|
| 3 | Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.          |
| 2 | Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan. |
| 1 | Saya berusaha mengambil keputusan.                       |
| 0 | Saya membuat keputusan yang baik.                        |

### J. Perubahan Gambaran Diri

|   |  |
|---|--|
| 3 | Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan.  |
| 2 | Saya merasa bahwa aada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tak menarik. |



|   |   |
|---|---|
| 1 | Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik.                 |
| 0 | Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya. |

**K. Kesulitan Kerja**

|   |  |
|---|--|
| 3 | Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.                                  |
| 2 | Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu. |
| 1 | Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu.                |
| 0 | Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.                              |

**L. Keletihan**

|   |  |
|---|--|
| 3 | Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu.   |
| 2 | Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu.   |
| 1 | Saya merasa lelah dari yang biasanya.        |
| 0 | Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya. |

**M. Anoreksia**

|   |  |
|---|--|
| 3 | Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali. |
| 2 | Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang.         |
| 1 | Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.          |
| 0 | Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.   |

**Penilaian**

|               |                                 |
|---------------|---------------------------------|
| <b>0 – 4</b>  | Depresi tidak ada atau minimal. |
| <b>5 – 7</b>  | <b>Depresi ringan</b>           |
| <b>8 – 16</b> | Depresi sedang.                 |
| <b>16 +</b>   | Depresi berat.                  |

Inteprestasi :

Skor 0 – 9 : not depressed (tidak depresi/normal)

Skor 10 – 19 : mild depression (depresi ringan)

Skor 20 – 30 : severe depression (depresi sedang/ berat)

**Skala Depresi Geriatrik Yesavage (GDS) Short Version**

Tabel 2.7 GDS Short Version

| No | Pertanyaan   | Jawaban  | Skor |
|----|--|----------|------|
| 1  | Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?                             | Ya/Tidak |      |
| 2  | Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda? | Ya/Tidak |      |
| 3  | Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?                                      | Ya/Tidak |      |
| 4  | Apakah anda sering merasa bosan?   | Ya/Tidak |      |
| 5  | Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?                          | Ya/Tidak |      |
| 6  | Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?             | Ya/Tidak |      |
| 7  | Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?                    | Ya/Tidak |      |

|    |  |          |
|----|--|----------|
| 8  | Apakah anda sering merasa tidak berdaya?   | Ya/Tidak |
| 9  | Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?   | Ya/Tidak |
| 10 | Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibanding kebanyakan orang? | Ya/Tidak |
| 11 | Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?                                  | Ya/Tidak |
| 12 | Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaat anda saat ini?                              | Ya/Tidak |
| 13 | Apakah anda merasa anda penuh semangat?  | Ya/Tidak |
| 14 | Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?                                       | Ya/Tidak |
| 15 | Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?                        | Ya/Tidak |
|    |  | Total    |

Intepretasi :

Skor 0 – 4 : not depressed (tidak depresi/normal)

Skor 5 – 9 : mild depression (depresi ringan)

Skor 10 – 15 : severe depression (depresi sedang/berat)

### 2.5.5 Pengkajian Aspek Spiritual

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta, sebagai contoh seseorang yang percaya kepada Allah sebagai pencipta atau sebagai maha kuasa. Spiritual mengandung pengetahuan hubungan manusia dengan Tuhannya dengan menggunakan instrumen (medium) shalat, puasa, zakat, haji, doa, dan sebagainya (Hawari 2002) dalam (Sunaryo, 2016)

Pada tahap perkembangan lansia, walaupun mereka membayangkan kematian, tetapi mereka banyak menggeluti spiritual sebagai isu yang menarik, karena mereka melihat agama sebagai faktor yang kebahagiaan dan rasa berguna bagi orang lain. Riset membuktikan orang yang agamanya baik, mempunyai kemungkinan melanjutkan kehidupan lebih baik. Bagi lansia yang yang kehidupan beragamanya tidak baik menunjukkan tujuan hidup yang



kurang, rasa tidak berharga, tidak dicintai, ketidakbebasan, dan rasa takut mati. Sedangkan pada lansia yang spiritualnya baik ia takut mati dan dapat lebih mampu menerima kehidupan. Jika merasa cemas terhadap kematian pun kecemasan tersebut disebabkan pada proses, bukan pada kematian itu sendiri (Hamid, 2000) dalam (Sunaryo, 2016).

Ketepatan waktu pengkajian merupakan hal yang penting, yaitu dilakukan setelah pengkajian aspek psikososial pasien. Pengkajian aspek spiritual memerlukan hubungan interpersonal yang baik dengan pasien. Oleh karena itu, pengkajian sebaiknya dilakukan setelah perawat dapat membentuk hubungan yang baik dengan pasien atau dengan orang terdekat pasien, atau perawat telah merasa nyaman untuk membicarakannya. Pengkajian yang perlu dilakukan meliputi :

- a. Pengkajian data subjektif. Pedoman pengkajian ini disusun oleh Stoll (Kozier, 2005) dalam (Sunaryo, 2016), yang mencakup konsep kebutuhan, sumber kekuatan dan harapan, praktik agama dan ritual, dan hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan.
- b. Pengkajian data objektif. Pengkajian data objektif dilakukan melalui pengkajian klinik yang meliputi pengkajian afek dan sikap, perilaku, verbalisasi, hubungan interpersonal, dan lingkungan. Pengkajian data objektif terutama dilakukan melalui observasi. Pengkajian ini meliputi:
  1. Afek dan sikap. Apakah pasien tampak kesepian, depresi, marah, cemas, agitasi, apatis, atau preokupasi?
  2. Perilaku. Apakah pasien tampak berdoa sebelum makan, membaca kitab suci atau buku keagamaan, apakah pasien seringkali mengeluh, tidak



dapat tidur, bermimpi buruk, dan berbagai bentuk gangguan tidur lainnya, serta bercanda yang tidak sesuai atau mengekspresikan kemarahannya terhadap agama?

3. Verbalisasi. Apakah pasien menyebut Tuhan, doa, rumah ibadah, atau topik keagamaan lainnya? apakah pasien pernah minta dikunjungi oleh pemuka agama? apakah pasien mengekspresikan rasa takutnya terhadap kematian?
4. Hubungan interpersonal. Siapa pengunjung pasien? Bagaimana pasien berespon terhadap pengunjung? Apakah pemuka agama datang mengunjungi pasien? Bagaimana pasien berhubungan dengan pasien lain dan juga dengan perawat?
5. Lingkungan. Apakah pasien membawa kitab suci atau perlengkapan ibadah lainnya? Apakah pasien menerima kiriman tanda simpati dari unsur keagamaan dan apakah pasien memakai tanda keagamaan (misalnya memakai jilbab)?.

#### 2.5.6 Pengkajian Fungsi Sosial

Pengkajian fungsi sosial ini lebih ditekankan pada hubungan lansia dengan keluarga sebagai peran sentralnya dan informasi tentang jaringan pendukung. Hal ini penting dilakukan karena perawatan jangka panjang membutuhkan dukungan fisik dan emosional dari keluarga. Pengkajian aspek fungsi sosial dapat dilakukan dengan menggunakan alat skrining singkat untuk mengkaji fungsi sosial lanjut usia, yaitu *APGAR* keluarga (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*). Instrumen APGAR adalah :





1. Saya puas bisa kembali pada keluarga saya yang ada untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya (adaptasi).
2. Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya (hubungan).
3. Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas (pertumbuhan).
4. Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi saya, seperti marah, sedih, atau mencintai (afek).
5. Saya puas dengan cara teman saya dan saya menyediakan waktu bersama – sama  
 Penilaian : pertanyaan yang dijawab : selalu (point 2), kadang – kadang (point 1) hampir tidak pernah (point 0)

#### 2.5.7 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan iskemik jaringan otak. (D.0017)
2. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. (D.0054)
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. (D.0109)
4. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun. (D.0143)
5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan ketidak mampuan berbicara. (D. 0119)
6. Nyeri akut berhubungan dengan TIK. (D.0077)

7. Defisit nutrisi berdasarkan dengan ketidak mampuan menelan makanan. (D.0019)
8. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas. (D.0001)
9. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan ketidak mampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi. (D.0040)
10. Gangguan memori berhubungan dengan faktor psikologis. (D.0062)

### 2.5.8 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien non hemoragik adalah sebagai berikut :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan iskemik jaringan otak. **Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : **SLKI** Perfusi Serebal L. 02014 : tingkat kesadaran meningkat, tekanan intrakranial menurun, sakit kepala menurun, gelisah menurun, nilai rata – rata tekanan darah membaik, kesadaran membaik. **SIKI** Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial 1.06194 : **Observasi** : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya : lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (misalnya : tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) **Terapeutik** : 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semifowlen. 3. Cegah terjadinya kejang. **Kolaborasi** : 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsa (jika perlu) 2. Kolaborasi



pemberian deuritik osmosis, (jika perlu) 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.

2. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

**Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : **SLKI** Mobilisasi Fisik L. 05042 : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. **SIKI** Dukungan Mobilisasi 1.05173 : **Observasi** : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. **Terapeutik** : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu ( misalnya : pagar, tempat tidur.) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. **Edukasi** : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini. 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan ( mis. Duduk di tempat tidur, dudu di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

3. Defisit perawatan diri berdasarkan dengan kelemahan. **Tujuan** : setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan perawat diri meningkat dengan kriteria hasil : **SLKI** Perawatan Diri L.11103 : Kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makanan meningkat,



kemampuan ke toilet (BAK/ BAB) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat. **SIKI** Dukungan perawatan diri 1.11348 : **Observasi** : 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. **Terapeutik** : 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfusi, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. **Edukasi** : 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

4. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun. **Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : **SLKI** tingkat jatuh L.14138 : Jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun. Jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat naik tangga menurun, jatuh saat ke kamar mandi menurun, jatuh saat membungkuk menurun. **SIKI** pencegahan jatuh 1.14540 : **Observasi** : 1. Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang



meningkatkan resiko jatuh ( mis. Lantai licin, penerangan kurang) 3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. **Terapeutik** : 1. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi ke kunci. 2. Pasang handrall tempat tidur. 3. Gunakan alat bantu berjalan ( mis. Kursi roda,walker) 4. dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien. **Edukasi** : 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Ajurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan ketidak mampuan berbicara. **Tujuan** : setelah melakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan komunikasi verbal meningkat dengan kriterial hasil : **SLKI** Komunikasi Verbal L.13116 : kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh meningkat, pelo menurun, gagap menurun, respon perilaku membaik, pemahaman komunikasi membaik. **SIKI** Promosi komunikasi : Defisit Bicara 1.13492 : **Observasi** : 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. 2. Monitor prosis kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara ( mis. Memori, pendengaran, dan Bahasa) 3. Indetifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi. **Terapeutik** : 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer). 2. Berikan dukungan psikologis. **Edukasi** : 1. Anjurkan berbicara perlahan. **Kolabolasi** :1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau tarapis.



6. Nyeri akut berhubungan dengan TIK. **Tujuan** : setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : **SLKI** Tingkat Nyeri L.08066 : kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola nafas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik. **SLKI** Manajemen Nyeri 1.08238 : **Observasi** : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, indentifikasi skala nyeri, indentifikasi respon nyeri non verbal, **Terapeutik** : 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri ( mis. Hipnosis, akuprensus, terapi musik, biofeedvback, terapi pijat, aromaterapi, terapi imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain). 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri ( mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur. **Edukasi** : 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, 2. Jelaskan strategi untuk merendahkan nyeri, 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Kolaborasi** : 1. Kolabolasi pemberian analgetik, jika perlu.
7. Defisit nutrisi berdasarkan dengan ketidak mampuan menelan makanan. **Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : **SLKI** status nutrisi L.03030 : Porsi makan yang



dihabiskan meningkat, kekuatan otot mengunyah meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, sariawan menurun, berat badan membaik, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik. **SIKI** Manajemen Nutrisi 1.03119 : **Observasi** : 1. Identifikasi status nutrisi. 2. Identifikasi makanan yang disukainya. **Terapeutik** : 1. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, **Edukasi** : 1. Anjurkan posisi duduk jika perlu. 2. Ajarkan diet yang diprogramkan. **Kolaborasi** : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu.

8. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas **Tujuan** : setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : **SLKI** bersihan jalan nafas L.01001 : batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, mengi menurun, wheezing menurun, sulit bicara membaik, gelisah membaik, sianosis membaik, frekuensi napas membaik, pla nafas membaik. **SIKI** manajemen jalan nafas 1.01011 : **Observasi** : 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi suara nafas tambahan (misalnya : mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) **Terapeutik** : 1. Posisikan semifowler atau fowler. 2. Berikan oksigen jika perlu. **Edukasi** : 1. Ajarkan teknik batuk efektif. **Kolaborasi** : 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.



9. Gangguan eliminasi urin berdasarkan dengan ketidak mampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi. **Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil : **SLKI** eliminasi urine L.040034 : sensansi berkemih meningkat, berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun, frekuensi BAK membaik. **SIKI** dukungan perawatan diri : BAB/BAK 1.11349 : Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan BAK/ BAB sesuai usia. 2. Monitor integritas kulit pasien. **Terapeutik** : 1. Dukung penggunaan toilet, commode, pispot, urinal secara konsisten. 2. Jaga privasi selama eliminasi. **Edukasi** : 1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin.
10. Gangguan memori berhubungan dengan kemampuan menurun. **Tujuan** : setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2 minggu 4 kali kunjungan masalah keperawatan status memori membaik dengan kriteria hasil : **SLKI** Memori L.09079 : verbalisasi kemampuan meningkat, verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat, verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan, verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat, verbalisasi pengalaman lupa menurun, verbalisasi mudah lupa menurun. **SIKI** latihan memori 1.06188 : **Observasi** : 1. Identifikasi masalah memori yang dialami. 2. Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi, **Terapeutik** : 1. Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien. 2. Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir diucapkan, jika perlu. **Edukasi** : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.



2. Ajarkan teknik memori yang tepat (Misal. Imajinasi visual, perakat memori, permainan memori, isyarat memori, komputer papan nama).

**Kolaborasi** : 1. Rujuk pada terapi okupasi, jika perlu.

### 2.5.9 Implementasi

Menurut (Mufidaturrohmah, 2017) Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan, tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independent) dan tindakan kolaborasi, tindakan mandiri merupakan aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain.

### 2.5.10 Evaluasi

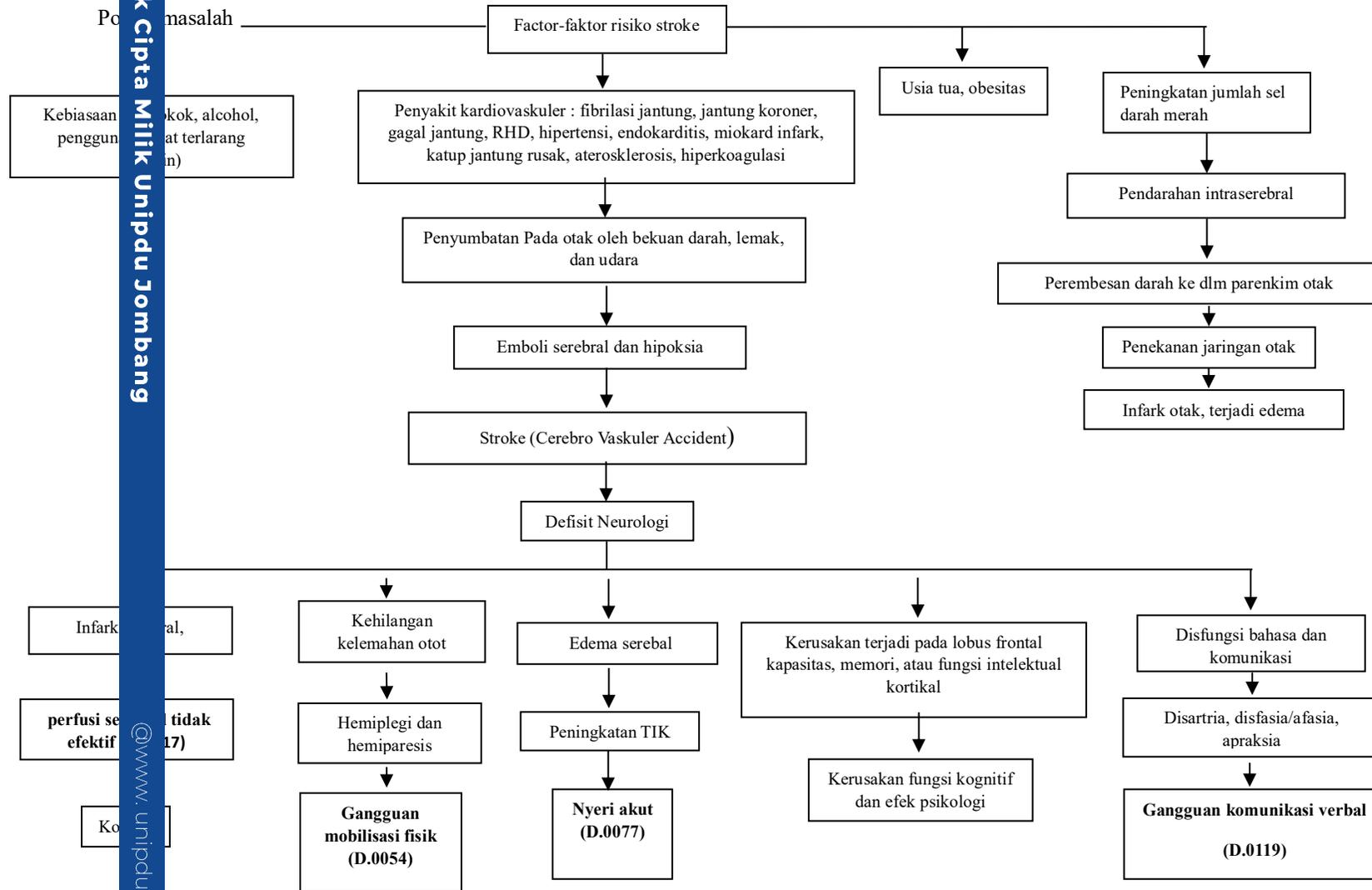
Menurut (Mufidaturrohmah, 2017) Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya, tujuannya adalah untuk mengetahui perawatan yang diberikan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif adalah hasil dari umpan balik selama proses keperawatan berlangsung, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang diberikan setelah proses keperawatan selesai dilaksanakan dan memperoleh informasi efektifitas pengambilan keputusan.

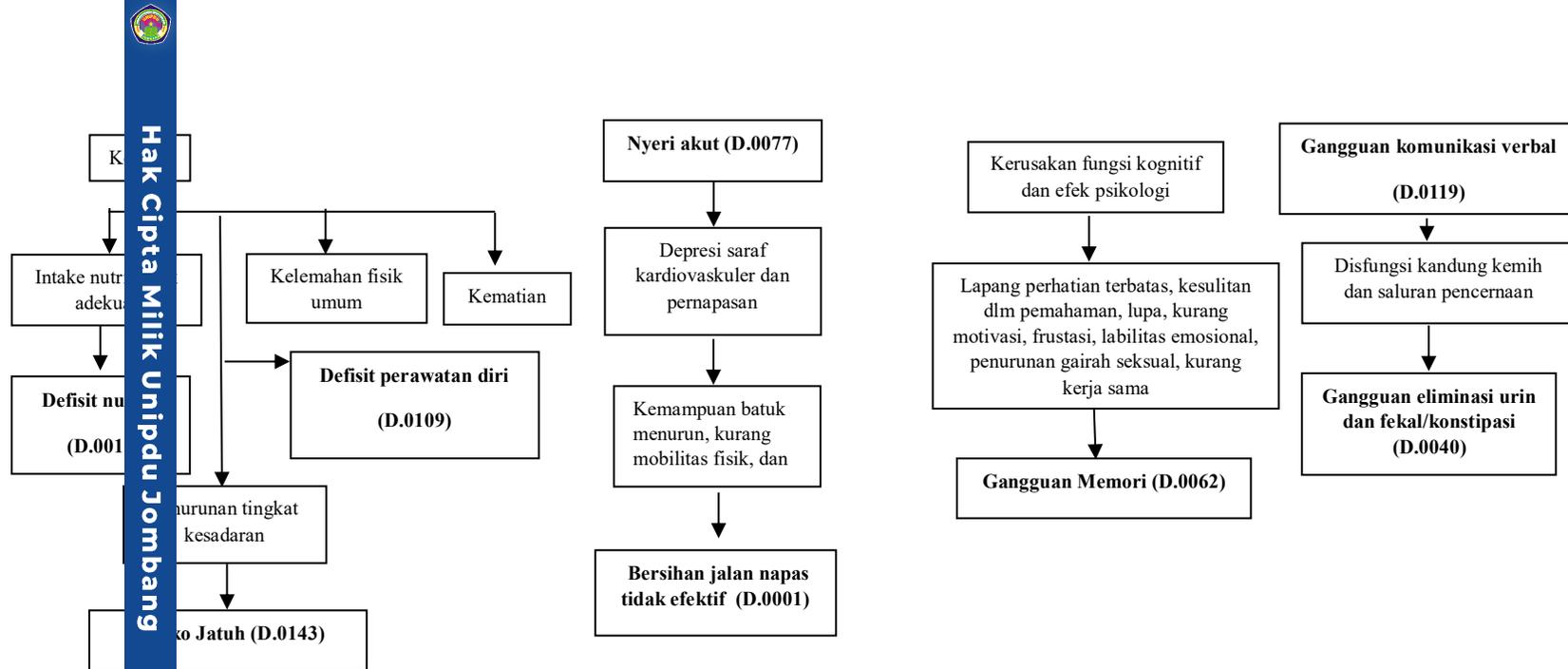




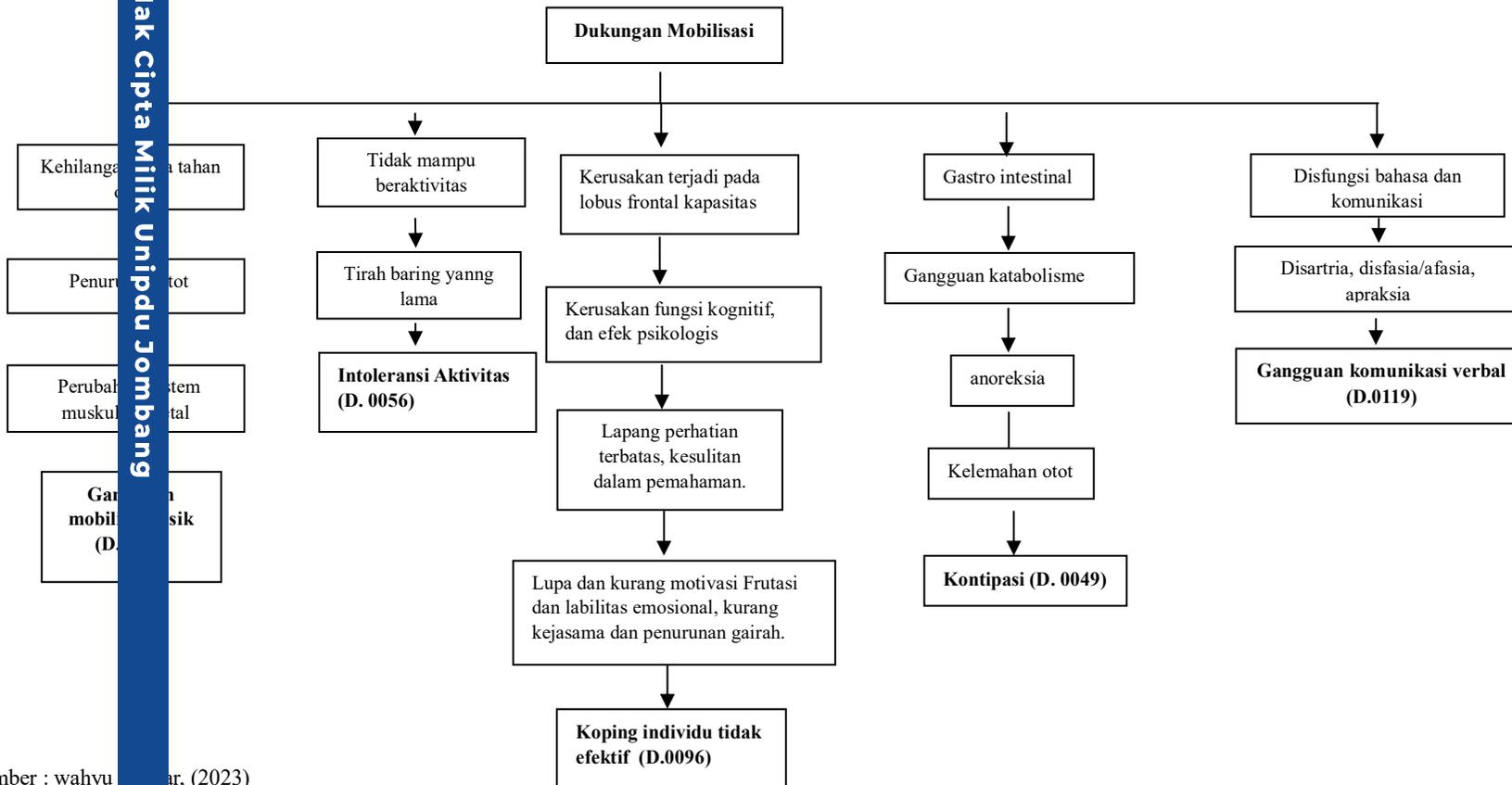
2.5.1 Pathway

Problema masalah





sumber : Mutaqqin (2023)



sumber : wahyu ar, (2023)

## 2.5.1 COT

bel 2.1 Review Jurnal.

| No | Populasi  | Intervensi  | Comparison | Outcame   | Time          | Jurnal  |
|----|---|---|------------|---|---------------|---|
| 1  | Lansia yang mengalami Masalah Stroke non hemoragik  | Metode yang digunakan adalah Pendidikan kesehatan dan demonstrasi melakukan terapi latihan ROM aktif – asistif pada ekstremitas atas pasien 2x sehari pagi dan sore hari selama 5 hari berturut-turut dengan durasi 30 menit setiap sesi. |            | Pada hasil penelitian didapatkan satu pasien dalam katagori lansia dengan usia 60 tahun ini memiliki gejala penurunan kekuatan otot pada ekstremitas atas. Intervensi diberikan latihan ROM aktif-asisstif 2x sehari selama 5 hari berturut – turut dengan durasi 30 menit setiap sesi didapatkan hasil terjadi peningkatan otot.         | 30 menit      | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Dan latihan. Jurnal Keperawatan erian nugraha, 2021                                     |
| 2  | Terdiri dengan pada pasien lansia <60 tahun stroke. | Memberikan Latihan ROM selama 6 minggu dengan 5x latihan dalam seminggu.  |            | Pada hasil penelitian ditemukan 121 pasien stroke, didapatkan hasil 90% atau 109 orang pasien stroke menunjukan masalah keperawatan gangguan mobilisasi fisik yang memiliki gejala menghambat rentang otot, terjadi kecacatan dan akan menyebabkan tergantungan total. Diberikan intervensi latihan ROM selama 6 minggu dengan 5x latihan | 3 hari 24 jam | Implementasi Range Of Motiom (ROM) Pada Stroke Non Hemoragik (SNH) Dengan Masalah Gangguan Aktivitas Dan Istirahat. Jurnal ilmiah multidisiplin. feri wahyu hidayah, juli 2022. |



|   |  |   |   |               |   |
|---|--|---|---|---------------|---|
|   |  |   | dalam seminggu, dengan hasil dapat meningkatkan Gerakan sendi.  |               |   |
| 3 | Masalah mobilisasi fisik yang terjadi pada lansia dengan t | gangguan fisik yang terjadi pada lansia 60 tahun. | Memberikan penerapan terapi aktifitas Range of Motion (ROM). Dilakukan 2 kali sehari setiap gerakan diulang sebanyak 10 kali tiap gerakan selama 5 detik. | 1 jam         | Penerapan Terapi Aktivitas Range Of Motion (ROM) Dalam Manajemen Hambatan Mobilisasi Fisik Pada Lansia Penderita Rematik Di PSTW Minaula Kendari. Jurnal terapeutik keperawatan. siti umrana, 2 desember 2018 |
| 4 | Lansia y masalah umur 60                                   | mengalami stroke pada n.                          | Pemberian latihan Range Of Motion (ROM) memberikan evaluasi pada pasien selama 3 hari pada masalah gangguan mobilisasi fisik.                             | 3 hari 24 jam | Asuhan Keperawatan Gerontik Hambatan Mobilitasi Fisik Pada Tn.S Dengan Stroke Non Hemorogik Di Puskesmas Sumbang 1. Jurnal ilmiah multidisiplin. Nanda Kusuma, 9 oktober 2023.                                |



|   |                         |                      |  |  |   |
|---|-------------------------|----------------------|--|--|---|
|   |                         |                      |  | kanan. sesudah dilakukan Latihan range of motion (ROM) yang dilakukan kepada responden stroke non hemoragik di puskesmas sumbang 1.  |   |
| 5 | lansia y stroke p atas. | menderita umur 60 ke | Pemberian Latihan Range Of Motion (ROM). | Hasil penelitian pada pasien stroke yang diberikan latihan ROM 2 kali sehari selama 6 hari berturut – turut, dengan masing – masing latihan berdurasi 10-15 menit, dengan hasil mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi. | 1 jam<br>Penerapan Range Of Motion (ROM) Pada Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilisasi Fisik Pasien Stroke Hemoragik. Jurnal penelitian perawatan professional. Suci Khasanah, 4 november 2023. |