

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Tn. S  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE DI UPTD  
GRIYA WREDA JAMBANGAN  
SURABAYA**



Oleh :

**NURUL ISNAINI AFIFAH S.Kep**  
NIM. 2130097

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Tn. S  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE DI UPTD  
GRIYA WREDA JAMBANGAN  
SURABAYA**

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai satu syarat untuk memperoleh gelar  
Ners (Ns)**



**Oleh :**

**NURUL ISNAINI AFIFAH S.Kep**  
**NIM. 2130097**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

## **SURAT PERNYATAAN LAPORAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 25 Juni 2022

Penulis

A handwritten signature in black ink is written over a portion of a 10,000 Indonesian Rupiah banknote. The banknote is partially visible, showing the number '10000' and the word 'METRAN'.

**(Nurul Isnaini Afifah S.Kep)**

**NIM. 2130097**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nurul Isnaini Afifah S.Kep

NIM : 2130097

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul :Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S dengan  
Diagnosa Medis Stoke Di UPTD Griya Wreda Jambangan  
Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

**Ners (Ns)**

**Pembimbing**



**Dini Mei W.,S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP.03003**



**Ajeng Nawang Wulan S.Kep., Ns**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 11 Juli 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari

Nama : Nurul Isnaini Afifah  
NIM : 2130097  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S dengan Diagnosa  
Medis Stoke Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Telah dipertahankakn didepan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir STIKES Hang  
Tuah Surabaya, pada:

Hari, Tanggal : Senin, 11 Juli 2022

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan LULUS dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelas NERS pada Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah  
Surabaya.

Penguji Ketua : **Dhian Satya R, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03008



Penguji I : **Dini Mei W, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03011



Penguji I : **Ajeng Nawang Wulan, S.Kep., Ns**



Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hangt Tuah Surabaya

Tanggal : 11 Juli 2022

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur Kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penukis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.,M.KKK selaku ketua di UPTD Griya Wreda Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah. S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

4. Dhian Satya R.,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji Ketua yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.
5. Dini Mei W., S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan, saran, masukan dan dorongan moril dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ajeng Nawang Wulan, S.Kep.,Ns selaku pemimbing di UPTD Griya Wreda Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus dan ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Tn S selaku responden yang telah bersedia menjadi responden dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Kedua orangtua saya dan adik saya yang tercinta yang selalu senantiasa mendoakan dan memberikan semangat bagi saya.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih belum sempurna, baik dari segi substansi maupun penyusunannya, untuk itu penulis mengharapkan kritik serta saran yang bersifat membangun. Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 25 Juni 2022

Penulis

**(Nurul Isnaini Afifah S.Kep)**  
**NIM. 2130097**



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Teoritis .....	5
1.4.2 Praktis.....	7
1.5. Metode Penulisan .....	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	9
2.1 Konsep Lansia.....	9
2.1.1 Pengertian Lansia .....	9
2.1.2 Ciri-ciri Lansia .....	10
2.1.3 Batasan Usia Lansia .....	13
2.1.4 Karakteristik Lansia .....	13
2.1.5 Tipe Lansia.....	14
2.1.6 Proses Menua .....	15
2.2 Konsep Penyakit .....	15
2.2.1 Definisi Stroke .....	15
2.2.2 Etiologi.....	16
2.2.3 Patofisiologi .....	22
2.2.4 Manifestasi Klinis .....	23
2.2.5 Klasifikasi .....	23
2.2.6 Komplikasi .....	25
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang .....	26
2.2.8 Penatalaksanaan .....	28
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan .....	29
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	29
2.3.1 Diagnosa Keperawatan.....	39
2.3.2 Intervensi Keperawatan.....	40
2.4. WOC .....	45
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS</b> .....	46
3.1 Pengkajian Keperawatan .....	46
3.1.1 Identitas .....	46
3.1.2 Riwayat Kesehatan.....	46
3.1.3 Status Fisiologi.....	47
3.1.4 Pemeriksaan Fisik .....	47

3.1.5	Pengkajian Psikososial dan Spiritual .....	50
3.1.6	Pengkajian Lingkungan.....	51
3.1.7	Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan .....	52
3.1.8	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan .....	54
3.2	Lembar Pemberian Terapi.....	55
3.3	Analisa Data .....	55
3.4	Prioritas Masalah.....	56
3.5	Intervensi Keperawatan.....	57
3.6	Implementasi Keperawatan .....	60
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>72</b>
4.1	Pengkajian Keperawatan .....	72
4.1.1	Identitas .....	72
4.1.2	Riwayat Sakit dan Kesehatan.....	73
4.1.3	Pemeriksaan Fisik .....	75
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	77
4.3	Tujuan dan Intervensi .....	78
4.4	Implementasi Keperawatan .....	81
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	82
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>83</b>
5.1.	Simpulan .....	83
5.2	Saran.....	85
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>87</b>
	<b>LAMPIRAN.....</b>	

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1	Kemampuan ADL .....	52
Tabel 3.2	Lembar Pemberian Terapi.....	55
Tabel 3.3	Analisa Data.....	55
Tabel 3.4	Prioritas Masalah .....	56
Tabel 3.5	Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 3.6	Implementasi Keperawatan.....	60

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i> .....	90
Lampiran 2 Motto dan Persembahan .....	91
Lampiran 3 Indeks Barthel.....	92
Lampiran 4 MMSE .....	94
Lampiran 5 SPMSQ .....	96
Lampiran 6 SOP ROM.....	97

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Lanjut usia (Lansia) adalah proses alamiah dan berkelanjutan secara bertahap yang dimulai mereka bayi, lalu kanak-kanak kemudian remaja, dewasa dan lansia (Sumarni et al., 2021). Setiap masa yang di lalui merupakan tahap-tahap yang saling berkaitan dan tidak di ulang kembali. Tiap-tiap apa saja yang di lakukan pada masa awal perkembangan akan memberikan pengaruh terhadap tahap-tahap selanjutnya. Salah satu tahap yang akan dilalui adalah masa lanjut usia atau lansia (Nur Indahsari et al., 2013). Masa lansia adalah masa penurunan fungsi-fungsi tubuh dan semakin banyak keluhan yang dilontarkan karena tubuh tidak dapat lagi bekerja sama dengan baik seperti kala muda, sehingga akan banyak menimbulkan masalah-masalah kesehatan akibat penuaan tersebut. Kondisi ini dapat menyebabkan peningkatan masalah penyakit degeneratif dan keluhan yang muncul sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia. Salah satu kelainan degeneratif yang sering terjadi adalah disebabkan gangguan aliran darah dan jantung yang dapat mengganggu oksigenasi otak. Akibatnya dapat terjadi kerusakan sel dan serabut syaraf yang dikenal dengan istilah stroke (Amelia et al., 2020). Stroke yang menyerang lanjut usia menyebabkan ketergantungan lanjut usia makin meningkat. Kelompok ini memerlukan perhatian khusus dan masalah yang dialami oleh lansia stroke itu sendiri berupa perubahan fungsi fisik maupun perubahan fisiologis

Salah satunya masalah stroke di Indonesia menjadi semakin penting dan mendesak. Di Indonesia stroke menempati urutan ketiga setelah asma dan kanker. Kejadian stroke menurut American Heart Association (AHA) 2017 kejadian kematian karena stroke mencapai 23% dari jumlah penderita stroke. Rata-rata setiap 4 menit terjadi kematian yang diakibatkan stroke (Hizkia & Sitorus, 2022) Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki) menyebutkan bahwa 63,52 per 100.000 penduduk Indonesia berumur di atas 65 tahun ditaksir menderita stroke. Hasil Riskesdas 2018 jumlah presentasi stroke berjumlah 4,4% (Suntara et al., 2021). Penderita stroke di Provinsi Jawa Timur menurut Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 mencapai 21.120 jiwa atau 12,4%. Jika dilihat dari kelompok umur terhadap kontrol stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan : > 75 tahun sebesar 29,4%, 65-74 tahun sebesar 39,7%, 55-64 tahun sebesar 42,3%. Jika melihat dari data Riskesdas 2018, proporsi kontrol stroke ke fasilitas kesehatan pada kelompok umur 55-64 tahun mencapai 42,3% dan usia 65-74 tahun mencapai 39,7%. Jika dilihat dari data kelompok umur di atas penderita stroke mayoritas berada di rentang usia 55 tahun ke atas. Saat pengambilan data pada Januari 2022 didapatkan hasil dari 160 lansia UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya menunjukkan bahwa lansia yang menderita penyakit stroke sebanyak 14 lansia.

Stroke merupakan kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh berkurangnya atau terhentinya suplai oksigen dalam darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami penurunan suplai oksigen dalam darah akan mengalami kematian dan tidak berfungsi lagi (Nurshiyam et al., 2017).

Penyakit stroke merupakan penyebab ketiga kecacatan di dunia akibat gangguan fungsi syaraf yang terjadi seperti gangguan penglihatan, bicara pelo, gangguan mobilitas, serta kelumpuhan pada wajah maupun ekstremitas. Kondisi seperti ini yang menyebabkan penderita stroke memiliki ketergantungan yang tinggi dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada orang lain (Oktarina et al., 2020). Stroke merupakan akibat dari life style (gaya hidup) manusia modern yang tidak sehat seperti konsumsi makanan yang tinggi kolesterol dan rendah serat, kurang aktivitas fisik (berolahraga), akibat stres/ kelelahan, konsumsi alkohol berlebihan, kebiasaan merokok. Berbagai faktor risiko ini selanjutnya akan mengakibatkan pengerasan pembuluh arteri (arteriosklerosis), sebagai pemicu stroke (Lindawati et al., 2019). Salah satu dampak yang terjadi pada pasien stroke adalah mengalami kelemahan di salah satu sisi tubuh yang terpengaruh stroke. Kelemahan ini bisa menimbulkan ketidak seimbangan dan kesulitan pada saat berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak (Pradesti & Indriyani, 2020).

Pada penderita stroke yang mengalami kelumpuhan maka pemenuhan kebutuhan mobilisasi akan terganggu karena terdapat gangguan pada kekuatan otot sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Gangguan pada pasien stroke adalah gangguan aktivitas & latihan karena adanya kelemahan fisik akibat gangguan neuromuskuler mengakibatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik (Sya'diyah & Listrikawati, 2018). Apabila mobilisasi tidak dilakukan akan menyebabkan kontraktur atau kekakuan sendi, kontraktur dapat

meyebabkan terjadinya gangguan fungsional, gangguan aktivitas sehari – hari dan cacat seumur hidup, komplikasi yang mungkin terjadi seperti komplikasi ortopedik, atrofi otot bahkan kelumpuhan saraf akibat terjadi penekanan dalam waktu yang lama. Penanganan stroke non hemoragik dapat dilakukan dengan terapi latihan Range Of Motion (ROM). Range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. Memberikan latihan ROM secara dini dapat menstimulasi peningkatan kekuatan otot, kerugian hemiparase bila tidak segera ditangani akan terjadi kecacatan permanen (Kusuma, 2020). Oleh karena itu, bagi seorang perawat harus mengetahui tentang bagaimana perjalanan, penanganan dan dampak lebih lanjut dari Stroke. Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk membahas mengenai Stroke yang dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Masalah Kesehatan Stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan Stroke, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut ”Bagaimanakah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. S dengan Diagnosa Medis Stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya?”.



### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui secara spesifik asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pengkajian pada pasien pada lansia dengan Stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
2. Menegakkan diagnose keperawatan dan prioritas masalah pada lansia dengan Stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
3. Menyusun intervensi keperawatan pada lansia dengan Stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada masing-masing diagnose keperawatan pada lansia dengan Stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
5. Menyusun evaluasi keperawatan pada lansia dengan Stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan hasil luaran klinis yang baik, menurunnya angka komplikasi kejadian kasus diabetes melitus dan mortalitas pada lansia dengan Stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Griya Wreda Jambangan Surabaya

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada lansia dengan stroke sehingga penatalaksanaan dan pencegahan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi lansia yang tinggal di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada lansia dengan stroke serta meningkatkan pengembangan ketrampilan dan pengetahuan profesi keperawatan

3. Bagi Keluarga Dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga saat berkunjung tentang mencegah dan merawat lansia dengan stroke sehingga keluarga mampu merawat lansia dirumah secara mandiri

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini dapat dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan stroke sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1.5.1 Metode**

Penulis menggunakan metoda studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

#### 1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

#### 2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati

#### 3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber Data**

#### 1. Data Primer, adalah data yang diperoleh dari pasien

2. Data Sekunder, adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi Kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas

## 1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra

BAB 3: Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis

BAB 5: Simpulan dan saran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa medis Stroke infark. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul pada lansia dengan stroke dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **2.1 KONSEP LANSIA**

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

Lansia didefinisikan sebagai individu dengan usia lebih dari 65 tahun ataupun lebih (Yuliana & Daulima, 2021). Lansia merupakan tahap akhir dari proses penuaan. Menua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahapan yaitu anak-anak , dewasa, dan tua (Putri, 2021). Seseorang dikatakan usia lanjut bila seseorang telah mencapai usia 60 tahun keatas dan memiliki tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi biologis, psikologis, dan sosial. Usia 60 tahun ke atas merupakan tahap akhir dari proses penuaan yang memiliki dampak terhadap tiga aspek, yaitu biologis,ekonomi,dan sosial. Secara biologis, lansia akan mengalami proses penuaan secara terus menerus yang ditandai dengan penurunan daya tahan fisik dan rentan terhadap serangan penyakit

### 2.1.2 Ciri – Ciri Lansia

Menurut Hurlock dalam Supriadi (2018) mengelompokkan ciri-ciri manusia lanjut usia:

1. Adanya perubahan fisik pada usia lanjut

Perubahan fisik pada lanjut usia berbeda pada masing-masing individu walaupun usianya sama, tetapi pada umumnya perubahan fisik tersebut dapat digambarkan dengan beberapa perubahan antara lain :

- 1) Perubahan pada penampilan. Perubahan penampilan pada manusia lanjut usia tidak muncul secara serempak, namun tanda-tanda seperti pada daerah kepala, dan tanda-tanda ketuaan pada wajah, perubahan-perubahan pada daerah tubuh dan perubahan pada persendian, perubahan-perubahan tersebut membawa ke arah kemunduran fisik pada lanjut usia.
- 2) Perubahan pada bagian tubuh. Perubahan pada bagian ini terlihat dengan adanya perubahan sistem syaraf yaitu pada bagian otak, sehingga perubahan ini mengakibatkan menurunnya kecepatan belajar dan menurunnya kemampuan intelektual.
- 3) Perubahan pada fungsi fisiologis. Dengan munculnya perubahan pada fungsi fisiologis ini, pada umumnya tingkat denyut nadi dan konsumsi oksigen lebih beragam, meningkatnya tekanan darah, berkurangnya kandungan

creatine dan terjadinya penurunan jumlah waktu tidur. Karena beberapa perubahan tersebut, maka manusia lanjut usia mengalami kemunduran dari segi fisiknya.

- 4) Perubahan pada panca indra. Pada usia lanjut, fungsi seluruh organ pengindraan kurang mempunyai sensitivitas dan efisiensi kerja seperti kemunduran kemampuan kerja pada penglihatan, pendengaran, perasa, penciuman, perabaan dan sensitivitas pada rasa sakit.
- 5) Perubahan seksual. Perubahan lanjut usia terlihat setelah berhentinya reproduksi, pada umumnya hal ini terjadi bila wanita memasuki usia lanjut dengan terjadinya monopause, dan klimakterik pada laki-laki.

## 2. Perubahan kemampuan motorik pada usia lanjut

Orang berusia lanjut pada umumnya menyadari bahwa mereka berubah lebih lambat dan koordinasinya dalam beraktivitas kurang baik dibanding pada waktu muda. Perubahan pada kemampuan motorik ini disebabkan oleh pengaruh fisik dan fisiologis, sehingga mengakibatkan merosotnya kekuatan dan tenaga dan dari segi psikologis munculnya perasaan rendah diri, kurangnya motivasi dan lainnya. Perubahan kemampuan motorik ini mempunyai pengaruh besar terhadap penyesuaian pribadi dan sosial pada manusia usia lanjut (Manula).

### 3. Perubahan kemampuan mental pada usia lanjut

Perubahan kemampuan mental pada Manula berbeda pada tiap individu, walaupun berbeda pola pikir dan pengalaman intelektualnya. Secara umum, mereka yang mempunyai pengalaman intelektual lebih tinggi, secara relatif penurunan dalam efisiensi mental kurang dibanding mereka yang intelektualnya rendah, pengalaman hal ini disebabkan adanya tingkat penurunan mental yang bervariasi.

### 4. Perubahan minat pada usia lanjut

Perubahan minat pada seseorang juga merupakan ciri-ciri memasuki usia lanjut, karena perubahan minat orang pada seluruh tingkat usia berhubungan dengan keberhasilan penyesuaian mereka. Demikian juga penyesuaian pada usia lanjut, sangat dipengaruhi oleh perubahan minat dan keinginan yang dilakukan secara sukarela atau terpaksa. Bila Manula mengadakan perubahan minat dan keinginannya yang dilakukan secara sukarela dengan harapan ia akan mendapat kebahagiaan tersendiri dari perubahan itu. Seperti minat dan keinginan seseorang dari semua tingkat usia, hal ini juga sangat berbeda pada mereka yang sangat tua, bagaimanapun juga keinginan tertentu mungkin dianggap sebagai tipe keinginan orang berusia lanjut pada umumnya antara lain: perubahan dan minat pribadi, yang cenderung bersikap berorientasi pada diri sendiri dan egois tanpa memperdulikan orang lain, minat berekreasi yang tetap



ada pada usia lanjut, keinginan sosial, keinginan yang bersifat keagamaan dan minat terhadap kematian

### **2.1.3 Batasan Usia Lansia**

Menurut pendapat berbagai ahli dalam Efendi dalam Alpin (2016), batasan-batasan umur yang mencakup batasan umur lansia sebagai berikut:

1. Menurut undang-undang no 13 tahun 1998 dalam bab I pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “lanjut usia adalah seseorang yang mencapai 60 tahun ke atas.”
2. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), lanjut usia meliputi :
  - 1) Usia pertengahan (middle age) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun
  - 2) Lanjut usia (elderly) antara 60-74 tahun
  - 3) Lanjut usia tua (Old) antara 75 ± 90 tahun
  - 4) Usia sangat tua (very old) diatas 90 tahun

### **2.1.4 Karakteristik Lansia**

Orang berusia lebih dari 60tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat 2 UU No.13 tentang kesehatan), kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual,serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif, lingkungan dan tempat tinggal yang bervariasi(Surti et al., 2017)

### 2.1.5 Tipe Lansia

Menurut Nugroho (2008) dalam (Sunaryo et al., 2016) tipe lansia yaitu :

1. Tipe arif bijaksana, lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.
2. Tipe Mandiri, lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.
3. Tipe tidak puas, lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik.
4. Tipe pasrah, lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis (habis gelap datang terang), mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apapun dilakukan.
5. Tipe bingung, lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

### **2.1.6 Proses Menua**

Menjadi tua adalah proses alami yang terjadi di dalam kehidupan manusia dijalani oleh setiap manusia proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai pada satu waktu tertentu, namun dimulai sejak saat dimulai kehidupan. Menua atau aging adalah suatu proses menghilangnya kemampuan jaringan secara perlahan – lahan untuk memperbaiki atau mengganti diri dan mempertahankan struktur secara fungsi normal, akibatnya tubuh tidak dapat bertahan atau memperbaiki kerusakan tersebut. Proses penuaan ini terjadi pada semua bagian organ tubuh secara berangsur dan bertahap hingga tutup usia (Muhith & Siyoto, 2016)

## **2.2 KONSEP PENYAKIT**

### **2.2.1 Definisi**

Stroke Infark adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi, disebut juga CVA (CerebroVaskular Accident) (Auryn, 2020) . Stroke diakibatkan oleh gangguan aliran darah ke otak akibat penyumbatan (ischemic stroke) atau perdarahan (hemorrhagic stroke). Dengan kata lain ada dua macam stroke, yakni stroke infark dan stroke hemoragik. Stroke infark adalah stroke yang timbul akibat thrombosis atau embolisasi yang terjadi pada satu atau lebih pembuluh darah otak, dan menyebabkan obstruksi aliran darah ke otak (Gofir, 2020)

Stroke Cerebro Vaskuler Accident (CVA) adalah kumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah kebagian otak yang menyebabkan gangguan perfusi baik lokal atau global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat yang umumnya menyebabkan hemiparalisis pada penderita stroke (Heriyanto & Anna, 2015). Stroke juga dikatakan sebagai gangguan fungsi syaraf akut yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak secara mendadak (dalam hitungan detik) atau secara cepat (dalam hitungan jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal yang terganggu.(Puspitasari, 2020)

### **2.2.2 Etiologi**

Stroke infark terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Pudiastuti, 2011)

Stroke infark terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Muttaqin, 2011)

## 1. Faktor Resiko Stroke

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan (non-modifiable risk factors) dan faktor resiko yang dapat dikendalikan (modifiable risk factors)(Nastiti, 2012). Berikut faktor-faktor yang berkaitan dengan stroke antara lain:

### 1) Umur

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin

### 2) Jenis Kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih

jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

### 3) Ras

Ada variasi yang cukup besar dalam insiden stroke antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang dari ras Afrika memiliki risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke ICH (Intracerebral Hemorrhage).

### 4) Faktor genetik

Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit diubah juga meningkatkan risiko stroke.

### 5) Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah di atas 140/90 tergolong dalam

penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan pertambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke. Orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti hipertensi dapat mengurangi risiko stroke sebesar 38 persen dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40 persen.

#### 6) Diabetes Melitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, misal dinding pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin,

produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imaging (Misbach, 2013)

#### 7) Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya (Dourman, 2013). Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas

#### 8) Kebiasaan mengonsumsi alkohol

Mengonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin



#### 9) Aktifitas Fisik

Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/hari dapat menurunkan risiko stroke. Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (aterosklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke

#### 10) Merokok

Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor risiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor

penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

### **2.2.3 Patofisiologi**

Infark adalah defisitnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luas pada infark bergantung terhadap faktor-faktor seperti halnya lokasi dan volume besarnya pembuluh darah dan sirkulasi koleteral yang tidak adekuat pada area yang disuplai akibat tersumbatnya pembuluh darah. Suplai darah ke otak bisa berubah seperti (makin cepat atau lambat) terhadap gangguan lokal (emboli, thrombus, perdarahan dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (akibat gangguan paru dan jantung dan terjadi hipoksia). Atherosklerotik yang merupakan sebagai faktor yang cenderung penting bagi otak, thrombus yang dapat berasal dari flak arterosklerotik atau bekuan darah pada area yang mengalami stenosis, dimana terjadi turbulensi yaitu melambatnya aliran darah (Sholeh, 2019)

Otak sangat membutuhkan oksigen dan tidak bisa menyangkal oksigen, jika aliran darah pada setiap otak melambat karena embolus dan thrombus maka otak mengalami kekurangan oksigen menuju jaringan otak. 1 menit otak tidak diberi pasokan oksigen maka bisa menyebabkan kehilangan kesadaran, tetapi jika hal tersebut berlangsung lama maka akan menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron, area nekrotik atau infark. Setelah serangan pertama cva infark juga bisa berkelanjutan dengan terjadinya edema cerebral akibat penumpukan bekuan darah, flak dan atheroma flakmen lemak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial.

Tergantung pada daerah dan luasnya otak yang mengalami obstruksi (Sholeh, 2019)

#### **2.2.4 Manifestasi klinis**

Menurut Nurafif (2015), manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

1. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
2. Tiba-tiba hilang rasa peka
3. Bicara pelo
4. Gangguan bicara dan bahasa
5. Gangguan penglihatan
6. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
7. Gangguan daya ingat
8. Nyeri kepala hebat
9. Vertigo
10. Kesadaran menurun
11. Proses kencing terganggu
12. Gangguan fungsi otak

#### **2.2.5 Klasifikasi**

1. POCI (*Posterior Cicrulation Infarct*)

Posterior serebral infark adalah suatu jenis infark serebral yang bisa mempengaruhi sistem sirkulasi pada posterior otak pada satu sisi di otak. Pada pasien yang memiliki tanda dan gejala klinis dengan posterior serebral infark juga bisa mengalami Posterior Circulation Stroke Syndrome (POCS) dengan gejala klinis yang dapat ditemukan

diantaranya :

- 1) Kelumpuhan saraf kranial Dan motorik kontralateral atau cacat sensorik
- 2) Disfungsi serebral
- 3) Masalah gerakan mata, contoh nystagmus
- 4) Vertigo

## 2. LACI (*Lacunar Infarct*)

*Lacunar Infarct* adalah jenis yang paling umum terjadi pada cerebrovascular accident yang disebabkan oleh oklusi arteri yang dapat menembus saat darah memberikan pasokan darah menuju otak dengan tanda dan gejala : sakit kepala mendadak, cacat sensorik dan motorik, pandangan deviasi dan cacat bidang visual.

## 3. TACI (*Total Anterior Circulation Infarct*)

Total Anterior Circulation Infarct (TACI) adalah suatu jenis infark serebral yang mempengaruhi seluruh sirkulasi anterior satu sisi otak. Jenis serebral infark ini adalah klien yang mengalami tanda dan gejala yaitu :

- 1) Dysphasia yaitu ketidakmampuan seseorang untuk memahami atau merumuskan bahasa dikarenakan adanya kerusakan pada daerah otak tertentu.
- 2) Gangguan visuospasial yaitu ketidak mampuan seseorang dalam mengenal lingkungan yang ada disekitarnya atau pikun
- 3) Penurunan tingkat kesadaran

- 4) Hemianopia yaitu hilangnya penglihatan sempurna di sebelah kanan atau kiri mata.
- 5) Gangguan ekstremitas pada kaki, betis, tangan atau jari.

#### 4. PACI (*Partial Anterior Circulation Infarct*)

Partial Anterior Circulation Infarct (PACI) adalah jenis infark yang mempengaruhi bagian sirkulasi anterior yang memasok darah pada satu sisi otak. Pada klien ini dapat ditegakkan diagnosis jika mengalami tanda dan gejala dibawah ini :

- 1) Disfungsi tubuh yang lebih tinggi atau cacat seluruh tubuh
- 2) Dysphasia
- 3) Gangguan visuospasial
- 4) Cacat motorik atau sensorik (>2/3 wajah, lengan, kaki)

#### **2.2.6 Komplikasi**

1. Hemiparese (kelemahan) dan hemiplegi (paralisis) adalah kelemahan dari satu bagian tubuh bisa terjadi setelah stroke.
2. Afasia : penurunan kemampuan berkomunikasi
3. Disartia : kondisi artikulasi yang diucapkan tidak sempurna yang menyebabkan kesulitan dalam berbicara.
4. Disfagia : menelan adalah proses yang kompleks karena membutuhkan beberapa fungsi dari saraf kranial (SK), mulut harus dibuka (SK V), lidah harus ditutup (SK VII), lidah harus bergerak (SK XII), mulut harus bisa merasakan jumlah dan kualitas gumpalan makanan yang ditelan (SK V dan SK VII) dan harus mengirimkan pesan ke pusat menelan (SK V dan IX).

5. Apraksia : kondisi yang mempengaruhi integrasi motoric kompleks.
6. Perubahan penglihatan, hemianopia homonimus, sindrom horner,
7. Agnosia : gangguan pada kemampuan mengenali benda melalui indra (penglihatan dan pendengaran).
8. Negleksi unilateral : ketidakmampuan seseorang untuk merespon stimulus pada bagian kontralateral dari bagian infark serebral.
9. Penurunan sensorik (kebas, kesemutan, dan lain-lain)
10. Perubahan perilaku, inkontinensia, Deep vein thrombosis, Sebagian orang akan mengalami penggumpalan darah di tungkai yang mengalami kelumpuhan(Maria, 2021)

### **2.2.7 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasiendengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018)

1. Angiografi serebral  
Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / nuptur.
2. Elektro encefalography  
Mengidentifikasi masalah didasrkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
3. Sinar x tengkorak  
Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

4. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.

5. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

6. Magnetic Resonance Imagine (MRI)

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

7. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

8. Pemeriksaan laboratorium

1) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

2) Pemeriksaan darah rutin.

- 3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

### 2.2.8 Penatalaksanaan

Ada beberapa penatalaksanaan pada pasien dengan CVA Infark (Sholeh, 2019):

1. Untuk mengobati keadaan akut berusaha menstabilkan TTV dengan:
  - 1) Mempertahankan saluran nafas yang paten.
  - 2) kontrol tekanan darah.
  - 3) Posisi yang tepat, posisi diubah tiap 2 jam latihan gerak pasif
2. Terapi konservatif
  - 1) Vasodilator untuk meningkatkan aliran serebral.
  - 2) Anti agresi trombolis: aspirin untuk menghambat reaksi perlepasan agregasi trombosis yang terjadi sesudah ulserasi arteroma.
  - 3) Anti koagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain pada sistem kardiovaskuler
3. Hiperventilasi dengan ventilator sehingga PaCO<sub>2</sub> 30-50 mmHg
4. Osmoterapi antara lain
 

Infus manitol 10% 250 ml atau 0,25-0,5 g/kg BB/kali dalam waktu 15-30 menit, 4-5x/hari.
5. Posisi kepala dengan head up (15-30°)
6. Menghindari mengedan pada BAB



7. Hindari batuk
8. Pengobatan pembedahan

Tujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebral

- 1) Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
- 2) Revaskularisasi terutama dengan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh pasien.
- 3) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut.
- 4) Ugesi arteri karotis komunis dileher khususnya pada aneurisme.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

#### 1. Anamsesa

##### 1) Identitas Klien

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

##### 2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran

### 3) Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma

### 4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya

### 5) Riwayat Penyakit Keluarga

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

### 6) Pengkajian Psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat

## 2. Pemeriksaan Fisik

### 1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15

## 2) Tanda-tanda Vital

### a. Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole  $> 140$  dan diastole  $> 80$ . Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama

### b. Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit

### c. Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas

### d. Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik

## 3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke infark

## 4) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata.

Sedangkan pada nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

#### 5) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopakmata tidak oedema. Pada pemeriksaannervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abdusen): biasanya hasil yang di dapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

#### 6) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (vetibulokoklearis): biasanya pada pasien yang

tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan – hidung.

#### 7) Mulut dan Gigi

Biasanya pada pasien apatis, spoor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

#### 8) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas

#### 9) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).

## 10) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal sonor

Auskultasi : biasanya suara normal vesikuler

## 11) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

## 12) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar

Pada pemeriksaan reflek dinnding perut, pada saat perut pasien digores, biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

## 13) Ekstremitas

## a. Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra.

Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu <

2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) :

biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat

melawan tahananpada bahu yang diberikan perawat.

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika di beri reflek ( reflek Hoffman tromner (+)).

b. Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi ( bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon ( reflek Caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi ( reflek openheim (+)) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa ( reflek Gordon (+)). Pada saat dilakukan treflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+)).

14) Aktivitas dan Istirahat

- a. Tanda : gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.



- b. Gejala : merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

#### 15) Sirkulasi

- a. Gejala : adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.
- b. Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia

#### 16) Integritas Ego

- a. Gejala : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa
- b. Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri

#### 17) Eliminasi

- a. Gejala : terjadi perubahan pola berkemih
- b. Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

#### 18) Nutrisi

- a. Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan

tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah

b. Tanda : kesulitan menelan dan obesitas

#### 19) Neurosensori

a. Gejala : sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, pengelihatan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

b. Tanda : status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kongnitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang

#### 20) Kenyamanan atau Nyeri

a. Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

b. Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

#### 21) Pernapasan

ketidakmampuan menelan atau batuk , hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi.

## 22) Keamanan

Tanda : masalah dengan pengelihatian, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Kriteria hasil dan Intervensi keperawatan berdasarkan SDKI dan SIKI :

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Embolisme (D.0017).

Tujuan :

Perfusi serebral dapat adekuat/meningkat

Kriteria Hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun
- 3) Tidak ada tanda tanda pasien gelisah.
- 4) TTV membaik

Intervensi : Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan
- 2) Monitor tanda gejala peningkatan tekanan intrakranial (TIK)
- 3) Monitor status pernafasan pasien
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 6) Berikan posisi semi fowler

7) Pertahankan suhu tubuh normal

8) Kolaborasi pemberian obat deuretik osmosis

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

(D.0077)

Tujuan : Tingkat nyeri (L.08066) menurun

Kriteria Hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun.
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun.
- 5) TTV membaik

Intervensi : Manajemen Nyeri (I.08238)

- 1) Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Berikan posisi yang nyaman
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya relaksasi nafas dalam)
- 6) Kolaborasi pemberian analgetik

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019).

Tujuan : Status nutrisi (L.03030) adekuat/membaik dengan

Kriteria Hasil :

- 1) Porsi makan dihabiskan/meningkat
- 2) Berat badan membaik
- 3) Frekuensi makan membaik
- 4) Nafsu makan membaik
- 5) Bising usus membaik
- 6) Membran mukosa membaik

Intervensi : Manajemen Nutrisi (I.03119)

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Monitor asupan makanan
- 3) Berikan makanan ketika masih hangat
- 4) Ajarkan diit sesuai yang diprogramkan
- 5) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054).

Tujuan : Mobilitas fisik (L.05042) klien meningkat

Kriteria Hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat

4) Kelemahan fisik menurun

Intervensi :Dukungan Mobilisasi (I.05173)

- 1) Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya
- 2) Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan
- 3) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi
- 4) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan
- 5) Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan
- 6) Ajarkan mobilisasi sederhana yg bisa dilakukan seperti duduk ditempat tidur, miring kanan/kiri, dan latihan rentang gerak (ROM).

5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119).

Tujuan : Komunikasi verbal (L.13118) meningkat

Kriteria Hasil :

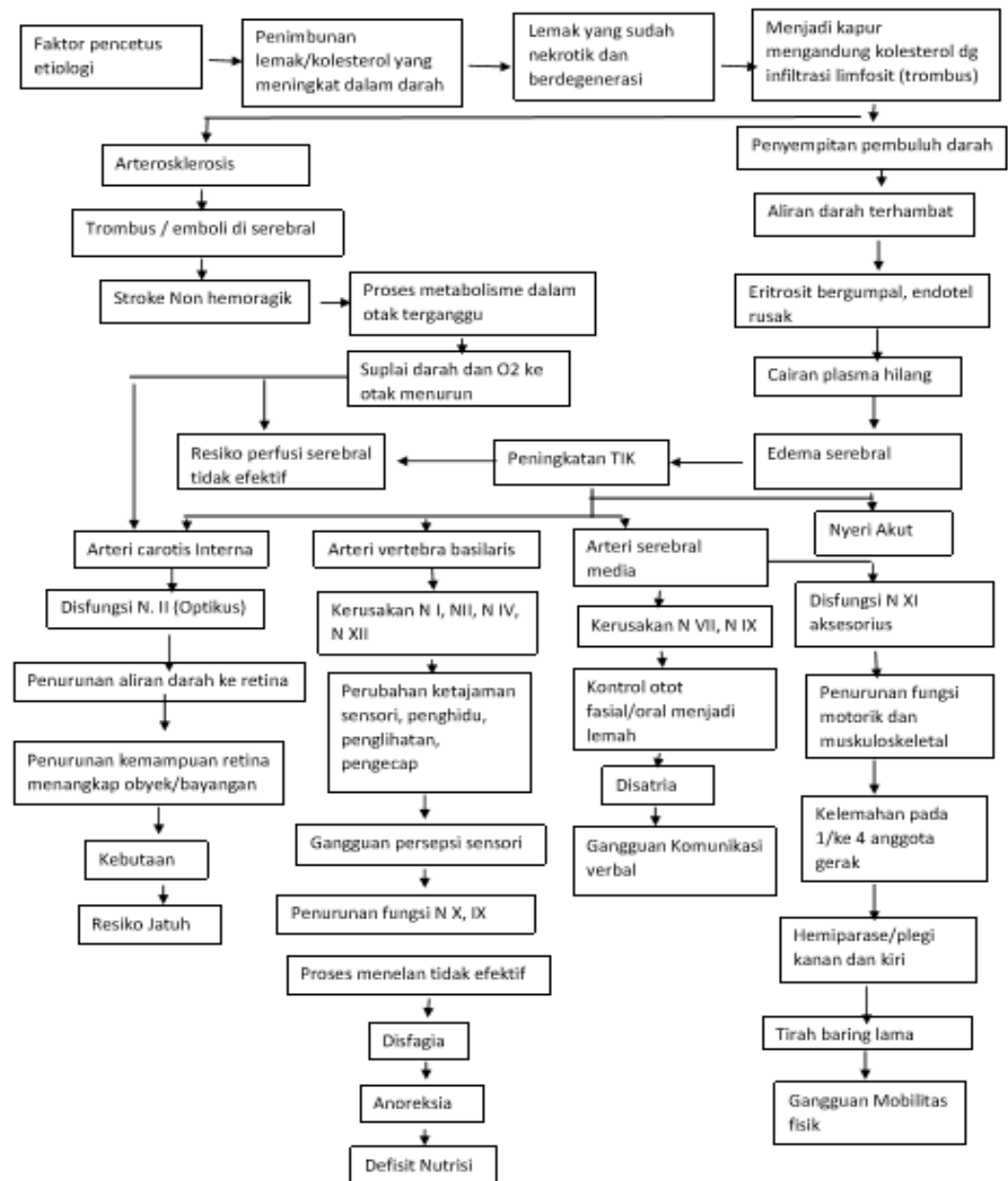
- 1) Kemampuan bicara meningkat
- 2) Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- 3) Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik
- 4) Pelo menurun

Intervensi : Promosi komunikasi: defisit bicara (13492)

- 1) Monitor kecepatan,tekanan, kuantitas,volume dan diksi bicara
- 2) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
- 3) Berikan dukungan psikologis kepada klien
- 4) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/gerakan tubuh)
- 5) Anjurka klien untuk bicara secara perlahan



## 2.4 WOC



Sumber: (Nurarif Huda, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Stroke, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 13 Januari 2021 sampai dengan tanggal 15 Januari 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 13 Januari 2021 pukul 09.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan data observasi perawat sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan**

##### **3.1.1 Identitas**

Tn. S adalah seorang laki – laki berusia 62 tahun, beragama islam. Pasien sudah pernah menikah tapi istri nya meninggal saat ini berstatus cerai mati, pendidikan terakhir pasien SMA, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah bahasa jawa dan bahasa indonesia. Pasien sudah tinggal di UPTD Wreda selama  $\pm$  1 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu anaknya. Pasien dahulu bekerja sebagai pedagang di daerah Surabaya.

##### **3.1.2 Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan utama : pasien mengatakan kedua kakinya lemas dan tidak bisa dibuat berjalan
2. Keluhan yang dirasakan 3 bulan terakhir : pasien mengatakan tiga bulan terakhir ini tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun di malam hari. Durasi tidur saat malam hari  $\pm$  3-4 jam dan sulit untuk tidur kembali dan  $\pm$ 1-2 jam saat siang hari karena pasien cemas

3. memikirkan penyakitnya dan masalah di keluarganya pasien beranggapan penyakit yang diderita adalah ulah dari keluarganya
4. Penyakit saat ini : Stroke
5. Riwayat alergi : pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan atau obat-obatan tertentu

### 3.1.3 Status Fisiologis

Tanda – tanda Vital dan status Gizi

1. Suhu : 36,5 °C
2. Tekanan darah : 110/80 MmHg
3. Nadi : 85 x/mnt
4. Respirasi : 20 x/mnt
5. Berat Badan : 57 Kg
6. Tinggi Badan : 160 cm
7. IMT : 22,0

$$\text{IMT} : \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m}^2\text{)}}$$

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

Kepala Tn. S bentuk simetris, bersih tidak ,terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna hitam, rambut pendek. Tidak ada keluhan.

## 2. Mata

Pada Tn. S konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan sedikit kabur, tidak menggunakan kacamata, tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus.

## 3. Hidung

Pada Tn. S bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat perdarahan, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu.

## 4. Mulut dan Tenggorokan

Pada Tn. S kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan. Klien tidak bisa gosok gigi sendiri dan dibantu oleh perawat

## 5. Telinga

Pada Tn. S kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen berlebih, tidak ada peradangan maupun gangguan pendengaran, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk mendengar.

## 6. Leher

Pada Tn. S tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis.

## 7. Dada

Pada Tn. S bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing atau suara napas tambahan lainnya, tidak ada lesi ataupun jejas pada dada

## 8. Abdomen

Pada Tn. S bentuk perut normal, terdapat distensi abdomen, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 12x/menit, tidak ada massa.

## 9. Genetalia

Pada Tn. S kebersihan area genetalia terjaga bersih, ada rambut pubis, tidak ada hemoroid, tidak ada hernia.

## 10. Ekstremitas

Pada Tn. S klien tidak melakukan latihan ekstremitas hanya berbaring di tempat tidur. Klien tidak dapat beraktivitas dan membutuhkan bantuan perawat ketika beraktivitas seperti mandi dan berpakaian. Rentang Gerak terbatas dan Terdapat kelemahan otot di kedua kaki dengan kekuatan otot

5555	5555
3333	2222

## 11. Integumen

Pada Tn. S tidak ditemukan warna kulit yang abnormal, kulit lembab, hangat, tekstur halus, turgor kulit elastis

## 12. Sistem Neurologis

GCS : E4 V5 M6. Pemeriksaan pulsasi ditemukan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah.

NI : Tn. S dapat mencium bau minyak kayu putih

NII : Lapang pandang +/+

NIII, NIV, NVI : pupil mengecil saat terkena cahaya, lapang

pandang luas NV : Reflek kornea langsung

NVII : pasien dapat mendengarkan suara gesekan jari pada kedua telinga. NIX, NX : gerakan ovula simetris, reflek menelan +

NXI : sternokleidomastoid terlihat

NXII : Lidah simetris.

### **3.1.5 Pengkajian Psikososial dan Spiritual**

#### **1. Psikososial**

Tn. S mengalami cemas dan mengalami gangguan pola tidur dikarenakan klien mencemaskan penyakitnya dan belum bisa menerima dengan keadaannya saat ini sehingga pola tidur pasien berubah dan sering merasakan pusing. Mekanisme koping Tn. S yaitu klien mengatakan lebih baik hidupnya berakhir dari pada hidup dalam kondisi seperti ini. Persepsi tentang kematian Tn. S menganggap kematian hal yang pasti dilalui oleh manusia.

#### **2. Spiritual**

klien mengatakan selalu melaksanakan kewajiban sholat tetapi tidak 5 waktu walaupun dalam keadaan berbaring di tempat tidur dan selalu berdzikir

#### **3. Aktivitas**

Hubungan Tn. S dengan orang lain di panti kenal akrab dengan teman satu kamarnya karena Tn. S tidak pernah pergi jauh dari kamarnya karena Tn. S Bedrest. Kebiasaan Tn.S klien mengatakan selalu berkomunikasi dengan teman sekamarnya dan aktivitas setiap pagi yang dilakukan di panti ialah senam bad rest pagi bersama

### 3.1.6 Pengkajian Lingkungan

#### 1. Pemukiman

Pada pemukiman luas bangunan sekitar 2.887 m<sup>2</sup> dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genteng, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum aqua. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

#### 2. Fasilitas

Di panti werdha tidak terdapat peternakan namun perikanan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m<sup>2</sup>, ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah (mushola).

#### 3. Keamanan dan transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa penanggulangan bencana dan kebakaran. Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata

#### 4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung

### 3.1.7 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan

#### 1. Kemampuan ADL (*Activity Daily Living*)

NO	Tabel 3.1 Kriteria	Tingkat kemandirian ADL (Indeks Barthel)		
		Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan kesehatan diri	0	5	0
2	Mandi	0	5	0
3	Makan	5	10	10
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	5
5	Naik turun tangga	5	10	5
6	Berpakaian	5	10	5
7	Kontrol BAB	5	10	5
8	Kontrol BAK	5	10	5
9	Ambulasi	10	15	10
10	Transfer kursi/bed	5-10	15	10

Pemeriksaan ADL dengan menggunakan tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel) dengan Interpretasi Total kemampuan ADL 55 (Ketergantungan Berat)

#### 2. Aspek Kognitif

Pemeriksaan dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*) menunjukkan bahwa Tn. S dapat menjawab semua pertanyaan pada aspek kognitif orientasi, dapat menjawab semua pertanyaan dari aspek registrasi, aspek perhatian dan kalkulasi



mendapat nilai 4, pada aspek mengingat serta bahasa klien mampu menjawab semua dengan benar sehingga total nilai Tn. S 29 dengan interpretasi tidak ada gangguan kognitif

3. Tingkat Kerusakan Intelektual

Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questioner*) menunjukkan bahwa dari total 10 pertanyaan Tn. S dapat menjawab 8 pertanyaan dengan benar dan 2 pertanyaan yang salah yang artinya Tn. S masih memiliki fungsi intelektual yang utuh

4. Tes Keseimbangan

Tn. S dengan resiko tinggi jatuh

5. Pengkajian Kecemasan dan Depresi

Pemeriksaan dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale (Short Form)* didapatkan hasil 5 yang mengindikasikan Tn.S mengalami depresi

6. Status Nutrisi

Pada pengkajian determinan nutrisi Tn. S mendapatkan total skore 4 yang artinya memiliki status nutrisi *Moderate Nutritional Risk*.

7. Fungsi Sosial Lansia

Pada Tn. S didapatkan bahwa Tn. S mampu berinteraksi dengan baik di lingkungan sekitarnya dan mampu memecahkan masalahnya

8. Tingkat Kemandirian dalam kehidupan sehari-hari Indeks Katz  
Pada Tn. S didapatkan skor "F" Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

### **3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

Pada Tn. S ditemukan data pasien mengatakan kedua kakinya lemas dan tidak dapat berjalan. Tn. S makan 3 x/hari dengan porsi habis dibantu oleh perawat dan minum  $\pm 1800$  cc/hari. Tn. S mengatakan tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun di malam hari. Durasi tidur saat malam hari  $\pm 3-4$  jam dan sulit untuk tidur kembali dan  $\pm 1-2$  jam saat siang hari. Saat melakukan patroli malam pukul 22.00 WIB perawat mendapati pasien masih terbangun di atas tempat tidurnya. Pasien memikirkan penyakitnya dan beranggapan bahwa penyakit yang dialaminya adalah ulah dari saudaranya yang tidak suka dengan Tn. S. Di saat pasien tidak dapat tidur pasien hanya dapat berdiam di atas tempat tidurnya sembari berdzikir. Frekuensi BAB Tn. S yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari, dengan menggunakan pampers karena tidak dapat melakukan toileting secara mandiri karena pasien badrest dan tidak ada gangguan saat BAK. Tn. S mandi 2 x/ hari dengan bantuan perawat. Memakai minyak kayu putih, bedak setelah mandi dan Ganti baju 1x/hari.

### 3.2 Lembar Pemberian Terapi

Tabel 3.2 Lembar pemberian terapi

Terapi	Dosis	Indikasi
Amlodipine	5 mg (0-0-1)	Untuk menurunkan tekanan darah pada kondisi hipertensi
Vit B Complex	1-0-0	Untuk membantu memenuhi kebutuhan vitamin B kompleks didalam tubuh

### 3.3 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data Keperawatan

NO	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan				
1	<p><b>DS :</b> Pasien mengatakan kedua kaki pasien lemas dan tidak dapat berjalan</p> <p><b>DO :</b> Gerakan kaki terbatas lansia tidak bisa beraktivitas sendiri semua di bantu oleh perawat lansia kategori bedtress Skala Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">5555</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">3333</td> <td>2222</td> </tr> </table>	5555	5555	3333	2222	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik SDKI, D.0054, Hal 124
5555	5555						
3333	2222						
2	<p><b>DS :</b> Pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak saat malam hari sering terbangun dan sulit untuk tidur kembali karena pasien cemas memikirkan penyakitnya dan masalah di keluarganya pasien beranggapan penyakit yang diderita adalah ulah</p>	Kurang Kontrol Tidur	Gangguan Pola Tidur SDKI, D. 0055, Hal 126				

	<p>dari keluarganya.</p> <p><b>DO :</b></p> <p>Pasien tampak lesu dan cemas serta sering menguap, frekuensi tidur Tidur hanya <math>\pm</math> 3-4 jam saat malam dan <math>\pm</math>1-2 jam pada siang hari Pasien mengonsumsi obat darah tinggi amlodipin 1x1</p>		
3	<p><b>DS :</b> klien mengatakan membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri seperti mandi dan berpakaian</p> <p><b>DO :</b></p> <p>Klien tidak mampu mandi dan berpakaian dengan mandiri, Klien mempunyai kelemahan otot pada kaki kanan dan kiri, Semua aktivitas di bantu oleh perawat</p>	Gangguan Neuromuskuler	Defisit Perawatan Diri SDKI, D.0109, Hal 240

### 3.4 Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 3.4 Prioritas Masalah

NO	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Gangguan Mobilitas Fisik	13 Januari 2022	Teratasi Sebagian	
2	Gangguan Pola Tidur	13 Januari 2022	15 Januari 2022	
3	Defisit Perawatan Diri	13 Januari 2022	15 Januari 2022	

### 3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler <b>SDKI, D.0054, Hal 124</b>	Diharapkan setelah diberikan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : <b>(SLKI L.05042)</b> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. gerakan terbatas menurun 4. Kelemahan fisik menurun	<b>Dukungan Mobilisasi (SIKI 1.05173)</b> dan <b>Pencegahan Jatuh (SIKI 1.14540)</b> Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi faktor resiko jatuh 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 8. Pasang <i>handrall</i> tempat tidur Edukasi 9. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 10. Ajarkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)




2	Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur <b>SDKI, D. 0055, Hal 126</b>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : <b>(SLKI L.05045)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan kesulitan tidur membaik</li> <li>2. Keluhan sering terjaga membaik</li> <li>3. Keluhan pola tidur berubah membaik</li> <li>4. Keluhant tidak puas tidur membaik</li> <li>5. Keluhan istirahat tidak cukup membaik</li> </ol>	<b>Dukungan Tidur (SIKI 1.05174) dan Reduksi Ansietas (SIKI 1.09314)</b> Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Modivikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur)</li> <li>4. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i></li> <li>5. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>6. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>7. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>8. Gunakan pendekatan yang tenang</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Latih teknik relaksasi</li> </ol>
3	Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler <b>SDKI, D.0109, Hal 240</b>	Dihdiharapkan setelah diberikan tindakan keperawatan 3 x 24 jam mampu melakukan perawatan diri dengan kriteria hasil : <b>(SLKI L.11103)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan makan meningkat</li> <li>4. Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> </ol>	<b>Dukungan perawatan diri (SIKI 1.11348)</b> Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>2. identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>3. dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> </ol>

- 
- |                                  |            |  |
|----------------------------------|------------|--|
| 5. Mempertahankan diri meningkat | kebersihan | 4. siapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, sabun mandi)<br>5. fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri |
|----------------------------------|------------|--|
- Edukasi
- |  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | 6. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan |
|--|--|--|
-






### 3.6 Implementasi Keperawatan







Implementasi Hari 1






Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan



NO	Nomor Diagnosa Keperawatan	Tgl/ jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl/ Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf				
1	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler <b>SDKI, D.0054, Hal 124</b>	13-01-2022 08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>mengidentifikasi adanya dan keluhan fisik lainnya Hasil : terdapat kelemahan dikaki kanan dan kiri pasien dengan skala kekuatan otot  <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5555</td> <td style="padding: 2px 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">3333</td> <td style="padding: 2px 10px;">2222</td> </tr> </table>           klien tidak dapat berjalan dan membutuhkan bantuan perawat         </li> <li>mengidentifikasi faktor resiko jatuh Hasil : <i>Handrall</i> terpasang, roda tempat tidur terkunci</li> <li>memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi Hasil : TD :110/80</li> </ol>	5555	5555	3333	2222	                    	13-01-2022 12.00	<p><b>S :</b> Tn. S mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas karena kakinya terasa lemes dan tidak dapat untuk berjalan</p> <p><b>O :</b> Pasien membutuhkan bantuan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, dan berpakaian, pasien dapat makan secara mandiri karena tidak ada kelemahan pada ekstremitas atas Td : 110/80 mmhg S : 36 N : 88 x/mnt RR : 20 x/ mnt A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan No 3,4,5,7,8,10</p>	
5555	5555										
3333	2222										








			<p>Suhu : 36,5  Nadi : 85 x/mnt  RR : 20 x/mnt</p> <p>4. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi  Hasil : keadaan umum baik</p> <p>5. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)  Hasil : pasien bersedia mengikuti arahan</p> <p>6. memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>7. memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</p> <p>8. memasang <i>handrall</i> tempat tidur</p> <p>9. menjelaskan tujuan mobilisasi</p> <p>10. mengajarkan mobilisasi sederhana  Hasil : pasien menyetujui mobilisasi sederhana duduk diatas tempat tidur</p>	    		
--	--	--	---	---	--	--







2	Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur <b>SDKI, D. 0055, Hal 126</b>	13-01-2022 08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur Hasil : didapatkan px mengeluh tidurnya tidak nyenyak dan sering terjaga pada malam hari</li> <li>2. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) Hasil : px cemas memikirkan penyakitnya yang menurut klien merupakan perbuatan dari saudaranya yang tidak suka dengan Tn. S</li> <li>3. memodifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur) Hasil : saat tidur siang tidak ada kebisingan</li> <li>4. membatasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> Hasil : px tidur siang ±1-2 jam</li> <li>5. menetapkan jadwal tidur rutin Hasil : Pasien menyetujui untuk menetapkan jadwal tidur</li> <li>6. memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> </ol>	        	13-01-2022 12.00	<p>S : px mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari karena cemas memikirkannya penyakitnya yang menurut klien adalah perbuatan dari saudaranya yang tidak suka dengan Tn. S, px mengatakan ketika sulit tidur kepalanya terasa pusing</p> <p>O: pasien tampak lesu, mata merah, dan tampak cemas, px tampak sering menguap, frekuensi tidur ±4 jam pada malam hari dan tidur siang ±1-2 jam</p> <p>A: masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan no 2,3,5,6,8,9 Kolaborasi pemberian Amlodipin 0-0-1</p>	
---	--	---------------------	--	---	---------------------	---	---






			<p>Hasil : menganjurkan pasien untuk berdoa atau berdzikir untuk mengurangi stress</p> <p>7. menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>8. menggunakan pendekatan yang tenang</p> <p>9. melatih teknik relaksasi</p> <p>Hasil : pasien dapat melakukan teknik relaksasi</p>				
3	Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler <b>SDKI, D.0109, Hal 240</b>	13-01-2022 08.00	<p>1. memonitor tingkat kemandirian</p> <p>Hasil : pasien tidak mampu mandi, BAK/BAB, berpakaian secara mandiri</p> <p>2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>Hasil : aktivitas dibantu oleh perawat</p> <p>3. mendampingi dalam melakukan perawatan diri</p>	                    	13-01-2022 12.00	<p>S : px mengatakan tidak dapat mandi, BAK/BAB dan berpakaian secara mandiri dan membutuhkan bantuan karena kakinya tidak dapat berjalan ke toilet</p> <p>O: Pasien membutuhkan bantuan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, dan berpakaian, BAK/BAB di atas tempat tidur</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan No 1,2,3,4,5,6</p>	


			<p>sampai mandiri</p> <p>4. menyiapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, sabun mandi)</p> <p>5. memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Hasil : membantu aktifitas pasien</p> <p>6. menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : pasien bersedia mengikuti arahan</p>	 			
--	--	--	--	--	--	--	--

## Implementasi hari ke 2




NO	Nomor Diagnosa Keperawatan	Tgl/ jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl/ Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler <b>SDKI, D.0054, Hal 124</b>	14- 01- 2022 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>mengidentifikasi faktor resiko jatuh Hasil : <i>Handrall</i> terpasang, roda tempat tidur terkunci</li> <li>memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi Hasil : TD : 110/70 Suhu : 36,2 Nadi : 89 x/mnt RR : 20 x/mnt</li> <li>memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : keadaan umum baik</li> <li>memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Hasil : pasien bersedia mengikuti arahan</li> <li>memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</li> </ol>	                              	14- 01- 2022 12.00	<p><b>S</b> : Pasien mengatakan mampu melakukan mobilisasi sederhana yang diajarkan perawat yaitu duduk di atas tempat tidur dengan bersandar di bed</p> <p><b>O</b> : Pasien membutuhkan bantuan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, dan berpakaian, pasien dapat makan dan gosok gigi secara mandiri karena tidak ada kelemahan pada ekstremitas atas Td : 120/80 mmhg S : 36,3 N : 88 x/mnt RR : 20 x/ mnt A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan No 1,2,3,5,6,8</p>	

			6. memasang <i>handrall</i> tempat tidur 7. menjelaskan tujuan mobilisasi 8. mengajarkan mobilisasi sederhana Hasil : pasien dapat duduk diatas tempat tidur				
2	Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur <b>SDKI, D. 0055, Hal 126</b>	14-01-2022 08.00	1. memodifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur) Hasil : saat tidur siang tidak ada kebisingan 2. membatasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> Hasil : px tidur siang $\pm 1-2$ jam 3. menetapkan jadwal tidur rutin Hasil : jadwal tidur malam pasien pada pukul 21.00 WIB 4. memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur Hasil : menganjurkan pasien untuk berdoa atau berdzikir untuk mengurangi stress 5. menemani pasien untuk mengurangi kecemasan 6. menggunakan pendekatan yang tenang 7. melatih teknik relaksasi	      	14-01-2022 12.00	S : px mengatakan tidurnya lebih awal sesuai dengan jadwal yang di tentukan pukul 21.00 dan mengatasi kecemasan dengan berdzikir tetapi pasien masih terbangun pada pukul 2 malam O: pasien tampak sedikit lebih segar, px tampak sering menguap, pola tidur pasien meningkat $\pm 5$ jam mendapatkan terapi amlodipin 0-0-1 A: masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,6,7	







			Hasil : pasien dapat melakukan teknik relaksasi				
3	Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler <b>SDKI, D.0109, Hal 240</b>	14-01-2022 08.00	<p>1. memonitor tingkat kemandirian Hasil : pasien tbelum mampu mandi, BAK/BAB, berpakaian secara mandiri</p> <p>2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Hasil : pasien mampu makan sendiri dengan posisi duduk bersandar pada bed tempat tidur</p> <p>3. mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4. menyiapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, sabun mandi)</p> <p>5. memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Hasil : membantu aktifitas</p>	               	14-01-2022 08.00	<p>S : px mengatakan tidak dapat mandi dan berpakaian secara mandiri dan membutuhkan bantuan</p> <p>O: Pasien membutuhkan bantuan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, dan berpakaian, BAK/BAB</p> <p>Pasien mamapu melakukan menggosok gigi sendiri dengan posisi duduk bersandar pada tempat tidur</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan No 1,2,3,4,5,6</p>	






			pasien 6. menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : pasien mampu melakukan perawatan diri secara bertahap dengan menggosok gigi sendiri dengan bersandar di bed				
--	--	--	---	---	--	--	--




## Implementasi Hari Ke 3

NO	Nomor Diagnosa Keperawatan	Tgl/ jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl/ Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler <b>SDKI, D.0054, Hal 124</b>	15-01-2022 09.00	1. memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi Hasil : TD :130/80 Suhu : 36,4 Nadi : 89 x/mnt RR : 20 x/mnt 2. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	  	15-01-2022 12.00	<b>S</b> : Pasien mengatakan mampu melakukan mobilisasi sederhana yang diajarkan perawat yaitu duduk di atas tempat tidur dengan bersandar di bed <b>O</b> : Pasien membutuhkan bantuan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, dan berpakaian, pasien dapat makan dan gosok gigi secara	



			<p>Hasil : keadaan umum baik</p> <p>4. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Hasil : pasien bersedia mengikuti arahan</p> <p>5. memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</p> <p>6. memasang <i>handrall</i> tempat tidur</p> <p>7. mengajarkan mobilisasi sederhana Hasil : pasien dapat duduk diatas tempat tidur</p>	  		<p>mandiri karena tidak ada kelemahan pada ekstremitas atas Td : 110/70 mmhg S : 36 N : 85 x/mnt RR : 20 x/ mnt A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7</p>	
2	Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur <b>SDKI, D. 0055, Hal 126</b>	15-01-2022 08.00	<p>1. memodifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur) Hasil : saat tidur tidak ada kebisingan</p> <p>2. membatasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> Hasil : px tidur siang <math>\pm</math>1-2 jam</p> <p>3. menetapkan jadwal tidur rutin Hasil : jadwal tidur malam pasien pada pukul 21.00 WIB</p> <p>4. memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p>	    	15-01-2022 12.00	<p>S : px mengatakan tidurnya lebih awal sesuai dengan jadwal yang di tentukan pukul 21.00 dan mengatasi kecemasan dengan berdzikir dan pasien tidak terbangun lagi saat tengah malam</p> <p>O: pasien tampak sedikit lebih segar, pola tidur pasien meningkat <math>\pm</math> 7 jam mendapatkan terapi amlodipin 0-0-1 A: masalah teratasi P : intervensi dihentikan</p>	

			<p>Hasil : menganjurkan pasien untuk berdoa atau berdzikir untuk mengurangi stress</p> <p>5. menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>6. menggunakan pendekatan yang tenang</p> <p>7. melatih teknik relaksasi</p> <p>Hasil : pasien dapat melakukan teknik relaksasi</p>	  			
3	Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler <b>SDKI, D.0109, Hal 240</b>	15-01-2022 08.00	<p>1. memonitor tingkat kemandirian</p> <p>Hasil : pasien tbelum mampu mandi, BAK/BAB, berpakaian secara mandiri</p> <p>2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>Hasil : pasien mampu makan sendiri dengan posisi duduk bersandar pada bed tempat tidur</p>	  	15-01-2022 08.00	<p>S : px mengatakan tidak dapat mandi dan berpakaian secara mandiri dan membutuhkan bantuan</p> <p>O: Pasien membutuhkan bantuan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, dan berpakaian, BAK/BAB</p> <p>Pasien mamapu melakukan menggosok gigi sendiri dengan posisi duduk bersandar pada tempat tidur</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan No 1,2,3,4,5,6</p>	

			<p>3. mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4. menyiapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, sabun mandi)</p> <p>5. memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Hasil : membantu aktifitas pasien</p> <p>6. menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : pasien mampu melakukan perawatan diri secara bertahap dengan menggosok gigi sendiri dengan bersandar di bed</p>	    			
--	--	--	---	---	--	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Stroke di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Stroke di ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya adalah sebagai berikut:

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, melakukan pemeriksaan dengan latihan fisik dan mendapatkan data dari data observasi pasien. Pada dasarnya pengkajian dengan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, namun gambaran klinis yang ada pada tinjauan pustaka tidak semua dialami oleh pasien.

##### **4.1.1 Identitas**

Data yang didapatkan, nama Tn. S bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 62 tahun dan beragama Islam. Pasien telah menikah tetapi istrinya telah meninggal dunia. Pendidikan terakhir pasien adalah SMA. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama ±1 tahun. Pasien tidak punya pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi adalah anaknya. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai pedagang di daerah Surabaya. Usia merupakan faktor risiko stroke, dimana semakin meningkatnya usia seseorang, maka risiko terkena stroke semakin

meningkat. Menurut Nurlan (2020) Umur secara fisiologis berhubungan dengan kejadian stroke. Semakin tua umur seseorang maka semakin besar risiko yang dimiliki untuk terkena stroke. Insiden stroke akan meningkat secara eksponensial menjadi dua hingga tiga kali lipat setiap dekade di atas usia 50 tahun. Peningkatan kejadian stroke yang seiring dengan peningkatan umur, berkaitan dengan terjadinya penuaan sel. Seiring dengan bertambahnya usia, maka fungsi tubuh secara menyeluruh juga mengalami kemuduran terutama yang terkait dengan fleksibilitas pembuluh darah.

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan karena pada kasus stroke, pria ditengarai lebih berisiko untuk mengalami stroke dibandingkan wanita. Hal ini disebabkan pria lebih banyak yang melakukan perilaku yang berisiko terhadap kesehatan seperti merokok, konsumsi alkohol dan lainnya. Selain itu, pada usia subur faktor hormonal dan siklus menstruasi pada wanita menyebabkan sirkulasi darah dan jantung wanita lebih sehat dibandingkan pria (Nurlan, 2020)

#### **4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan**

Didapatkan data bahwa Tn. S mengeluh kedua kakinya lemah dan tidak dapat berjalan Rentang Gerak terbatas dan Terdapat kelemahan otot di kedua kaki dengan kekuatan otot 3333/2222. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan kelumpuhan/kelemahan anggota gerak, yang terjadi pada kedua klien di atas sangat sesuai dengan teori yang ada pada kasus Stroke, dimana keluhan tersebut merupakan manifestasi klinis yang terjadi pada klien stroke (Oktarina et al., 2020) Stroke disebabkan pembuluh darah yang mengalirkan darah ke otak terhenti karena ada

sumbatan. Sumbatan terjadi dikarenakan adanya plak kolesterol pada dinding pembuluh darah otak yang menghambat suplai darah ke otak. Kematian beberapa jaringan otak yang mengalami oklusi karena tidak tercukupinya suplai oksigen dan nutrisi itu terjadi karena ada sumbatan pada pembuluh darah di otak. Sehingga pasien Post stroke akan mengalami penurunan kemampuan dalam menggerakkan otot pada anggota tubuhnya. Kelemahan otot disebabkan karena adanya suatu gangguan pada system motor beberapa titik. Penurunan kekuatan otot di sebabkan karena adanya lesi pada otak yang terjadi di area 4 (Girus Presentralis) dan 6 (Korteks Premotorik), sehingga menstimulasi syaraf- syaraf neuron pada otak dan menyebabkan rangsangan yang akan diteruskan ke pusat kendali otot pada otak yang kemudian diteruskan ke serabut-serabut otot genggam(Ulfa, 2020).

Didalam tinjauan pustaka disebutkan bahwa faktor resiko yang menyebabkan stroke adalah hipertensi. Sesuai dengan tinjauan kasus pasien Tn. S memiliki riwayat penyakit hipertensi dan didapatkan data bahwa klien mengkonsumsi obat amlodipine dengan dosis 5 mg, amlodipine merupakan salah satu obat hipertensi (penurun tekanan darah tinggi) yang tergolong dalam antagonis kalsium. Antagonis kalsium dimaksudkan untuk menghambat masuknya ion Ca ke dalam sel. Ion Ca harus dihambat karena apabila kadar ion Ca dalam sel meningkat, dapat merangsang kontraksi otot polos sehingga meningkatkan beban jantung. Tekanan darah tinggi (hipertensi) dapat mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga dapat

mempercepat proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel/lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat. Semakin tinggi tekanan darah pasien kemungkinan stroke akan semakin besar. Jika serangan stroke terjadi berkali-kali, maka kemungkinan untuk sembuh dan bertahan hidup akan semakin kecil (Usrin et al., 2013). Jantara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan.

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Tn. S. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan Head to Toe seperti tersebut dibawah ini :

#### **4.1 Sistem Muskuloskeletal**

Pada Tn. S ditemukan kelemahan pada ekstremitas bawah dengan kekuatan otot 3333/2222 dan kekuatan ekstremitas atas 5555/5555, tidak adan edema, rentang gerak terbatas, seluruh aktifitas dibantu oleh perawat. Permasalahan pada penderita stroke yang paling dirasakan yaitu, hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi bagian tubuh) kelemahan ini bisa menimbulkan ketidakseimbangan dan kesulitan berjalan karena gangguan kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak. Hemiparesis dapat bersifat kontrateral, misalnya jika terjadi kerusakan pada otak bagian kanan maka hemiparesis akan terjadi pada bagian tubuh

sebelah kiri dan sebaliknya jika terjadi kerusakan pada otak bagian kiri maka hemiparesis terjadi pada tubuh sebelah kanan(Andrias, 2020).

Kerusakan neurologis yang mungkin terjadi adalah kelumpuhan, tonus otot lemah, hilangnya sensasi rasa, gangguan lapang pandang, kesulitan bicara, gangguan persepsi dan tidak mengenal orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kerusakan neurologis yang dialami oleh pasien adalah tonus otot yang lemah, kelumpuhan. kerusakan neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Stroke akan meninggalkan gejala sisa, karena fungsi otak tidak akan membaik sepenuhnya. Beberapa tanda dan gejala yang di temukan antara lain: kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Hemiparese atau Hemiplegia), lumpuh pada salah satu sisi wajah (beel's palsy), tonus otot lemah atau kaku, menurun atau hilangnya rasa, gangguan lapang pandang (homonimus hemianopsia), gangguan bahasa (diisatria- kesulitan dalam membentuk kata, afasia atau disfasia: bicara defeksif/kehilangan bicara), gangguan presepsi, gangguan status mental Defisit neurologis yang dialami oleh pasien adalah tonus otot yang lemah, hilangnya sensasi rasa dan kelumpuhan. Defisit neurologis yang dialami oleh pasien adalah tonus otot yang lemah dan kelumpuhan(Batubara & Tat, 2015)



## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

### **1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular SDKI, D.0054, Hal 124**

Menurut SDKI (2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik satu atau dua ekstermitas secara mandiri. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun. Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah

Pada pengkajian Tn. S data tanda dan gejala mayor yang muncul adalah kekuatan otot menurun dengan skala kekuatan otot ekstremitas bawah 3333/2222 disertai tanda dan gejala minor meliputi gerakan terbatas pada ekstremitas sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler.

### **2. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur SDKI, D. 0055, Hal 126**

Pengkajian data yang diambil dari diagnose tersebut adalah pasien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena pasien selalu memikirkan tentang penyakitnya dan keluarganya, pasien tampak lesu, mata merah, cemas dan sering menguap, pola tidur lansia  $\pm$ 3-4 jam saat malam hari. Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal, yang ditandai dengan tanda dan gejala

mayor meliputi : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah dan mengeluh istirahat tidak cukup. Disertai tanda dan gejala minor meliputi : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

### **3. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular SDKI, D.0109, Hal 240**

Defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data subyektifnya meliputi menolak melakukan perawatan diri dan data obyektifnya meliputi tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri serta minat melakukan perawatan diri kurang

Pada Tn. S saat dilakukan pengkajian data mayor yang muncul adalah pasien tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ke toilet secara mandiri sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler

#### **4.3 Tujuan dan Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang telah diberikan.

#### **4.1 Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular SDKI, D.0054, Hal 124**

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi gangguan mobilitas fisik yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, gerakan terbatas menurun, Kelemahan fisik menurun. Intervensi yang diberikan yaitu : Observasi Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, Identifikasi faktor resiko jatuh, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), Fasilitasi melakukan pergerakan, Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci, Pasang *handrall* tempat tidur. Edukasi Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Ajarkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)

#### **4.2 Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur SDKI, D. 0055, Hal 126**

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi Gangguan Pola Tidur yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : Keluhan kesulitan tidur membaik, Keluhan sering terjaga membaik, Keluhan pola tidur berubah membaik, Keluhant tidak puas tidur membaik, Keluhan istirahat tidak cukup membaik. Intervensi yang diberikan yaitu : Identifikasi pola aktifitas dan tidur, Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau

psikologis), Terapeutik Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur), Batasi waktu tidur siang, *jika perlu*, Tetapkan jadwal tidur rutin, Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, Gunakan pendekatan yang tenang, Edukasi Latih teknik relaksasi

#### **4.3 Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular SDKI, D.0109, Hal 240**

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi Defisit Perawatan Diri yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka mampu melakukan perawatan diri dengan kriteria hasil : Kemampuan mandi meningkat, Kemampuan mengenakan pakaian meningkat, Kemampuan makan meningkat, Minat melakukan perawatan diri meningkat, Mempertahankan kebersihan diri meningkat. Intervensi yang diberikan yaitu : Observasi Monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan. Terapeutik dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, siapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, sabun mandi), fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. Edukasi Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana (intervensi) keperawatan yang telah di sunsun mencakup tindakan mandiri, dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk dari tenaga medis lainnya. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain. Implementasi dokumentasi selama 3x24 jam dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift/jaga. SOAP didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan

##### **1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular SDKI, D.0054, Hal 124**

Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, Mengidentifikasi faktor resiko jatuh, Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi, Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), memfasilitasi melakukan pergerakan, memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci, memasang *handrall* tempat tidur. menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)

**2. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur SDKI, D. 0055, Hal 126**

mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), memodifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur), membatasi waktu tidur siang, *jika perlu*, menetapkan jadwal tidur rutin, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, menggunakan pendekatan yang tenang, melatih teknik relaksasi

**3. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular SDKI, D.0109, Hal 240**

memonitor tingkat kemandirian, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan. mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, menyiapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, sabun mandi), memfasilitasi kemandirian, membantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

**4.5 Evaluasi Keperawatan**

**1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular SDKI, D.0054, Hal 124**

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan mobilisasi dan pencegahan jatuh pada hari ke-3 Pasien mengatakan mampu melakukan mobilisasi sederhana yang diajarkan perawat yaitu duduk di atas tempat tidur dengan bersandar di bed Pasien membutuhkan bantuan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, dan berpakaian, pasien dapat makan dan gosok

gigi secara mandiri karena tidak ada kelemahan pada ekstremitas atas Td :  
110/70 mmhg S : 36 N : 85 x/mnt RR : 20 x/ mnt

**2. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur  
SDKI, D. 0055, Hal 126**

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan tidur dan reduksi ansietas pada hari ke-3 tercapai dengan hasil px mengatakan tidurnya lebih awal sesuai dengan jadwal yang di tentukan pukul 21.00 dan mengatasi kecemasan dengan berdzikir dan pasien tidak terbangun lagi saat tengah malam pasien tampak sedikit lebih segar, pola tidur pasien meningkat  $\pm$  7 jam mendapatkan terapi amlodipin 5 mg 0-0-1

**3. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan  
Neuromuskular SDKI, D.0109, Hal 240**

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan perawatan diri pada hari ke-3 belum teratsi dengan hasil mandi dan berpakaian secara mandiri dan membutuhkan bantuan Pasien membutuhkan bantuan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, dan berpakaian, BAK/BAB Pasien mampu melakukan menggosok gigi sendiri dengan posisi duduk bersandar pada tempat tidur

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan stroke

#### **5.1 Simpulan**

1. Pada saat pengkajian didapatkan Tn. S mengeluh kedua kakinya lemah dan tidak dapat berjalan dengan skala kekuatan otot 3333/2222 Gerakan kaki terbatas lansia tidak bisa beraktivitas sendiri semua di bantu oleh perawat lansia kategori bedrest. Hasil TTV Td : 110/70 mmhg S : 36 N : 85 x/mnt RR : 20 x/ mnt
2. Berdasarkan Analisa data didapatkan diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama diharapkan tercapainya pemenuhan kebutuhan ADL Tn. S karena hambatan mobilitas pada ekstermitas yang dialami dengan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan pasien seperti mandi, BAB/BAK dan berpakaian



4. Pada evaluasi tanggal 15 Januari 2022 didapatkan pemenuhan kebutuhan kemandirian terpenuhi dan masih harus difasilitasi karena masih terdapat gangguan mobilitas pada ekstermitas bawah. Ny. S sudah dapat tidur sesuai jadwal. Tn. S masih memerlukan bantuan terkait perawatan diri seperti mandi, BAB/BAK, dan berpakaian dikarenakan terdapat gangguan mobilitas pada ekstermitas bawah

## 5.2 Saran

Berdasarkan dari simpulan di atas penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai pertimbangan untuk waktu yang akan datang dan sebagai tambahan informasi kepustakaan dalam ilmu keperawatan.

2. Bagi Lansia

Diharapkan lansia mampu mencari jalan keluar atas masalah yang dihadapi, mampu menerapkan ROM (Range Of Motion) sehingga dapat meningkatkan kekuatan otot dan memberikan pengaruh baik dalam mencegah terjadinya kontraktur

3. Bagi Perawat

Sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien lansia dengan Stroke.

#### 4. Bagi Penulis

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien, terutama pasien lansia dengan Stroke. Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerjasama yang baik guna mempercepat kesembuhan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alpin, H. (2016). Hubungan Fungsi Gerak Sendi Dengan Tingkat Kemandirian Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 4(1), 43–49. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v4i1.84>
- Amelia, R., Abdullah, D., Sjaaf, F., & Purnama Dewi, N. (2020). PELATIHAN DETEKSI DINI STROKE “METODE FAST” PADA LANSIA DI NAGARI JAWIJAWI KABUPATEN SOLOK SUMATERA BARAT. *Seminar Nasional ADPI Mengabdikan Untuk Negeri*, 1(1), 25–32. <https://doi.org/10.47841/adpi.v1i1.19>
- Andrias, A. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Cerebro Vaskuler Accident ( Cva) Dalam Pemenuhan Kebutuhan. *Kesehatan*, 2, 1–12.
- Batubara, S. O., & Tat, F. (2015). Hubungan Antara Penanganan Awal dan Kerusakan Neurologis Pasien Stroke di RSUD Kupang. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, 10(3), 143–157. <https://www.bing.com/search?q=Hubungan+Antara+Penanganan+Awal+dan+Kerusakan+Neurologis+Pasien+Stroke+di+RSUD+Kupang>
- Hardhi, K., & Nurafif, A. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC NOC Jilid 1,2,3*.
- Heriyanto, H., & Anna, A. (2015). PERBEDAAN KEKUATAN OTOT SEBELUM DAN SESUDAH DILAKUKAN LATIHAN ( MIRROR THERAPY ) PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DENGAN HEMIPARESIS DI RSUP Dr . HASAN SADIKIN BANDUNG DIFFERENCES IN MUSCLE STRENGTH TRAINING CONDUCTED BEFORE AND AFTER ( MIRROR THERAPY ) IN PATI. *Jurnal Kesehatan Respati*, II.
- Hizkia, I., & Sitorus, T. E. A. (2022). Gambaran Pengetahuan Lansia Penderita Stroke Berdasarkan Karakteristik Di Puskesmas Sialang Buah Tahun 2021. *Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia*, 2(2), 361–368. <https://katadata.co.id/berita/2020/01/06/baru-83-peserta-bpjs-kesehatan-per-akhir-2019->
- Kusuma, U., & Surakarta, H. (2020). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK*.

- Lindawati, N. Y., Kurniawati, E., Puspitasari, D., & Pratimasari, D. (2019). Peningkatan Kualitas Hidup Lansia dalam Penanganan Stroke bagi Kader PKK dan Kesehatan di Gilingan, Banjarsari, Surakarta. *Jurnal Surya Masyarakat*, 1(2), 139. <https://doi.org/10.26714/jsm.1.2.2019.139-145>
- Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*.
- Muttaqin, A. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*.
- Nastiti, D. (2012). *Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke pada Pasien Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit*.
- Nur Indahsari, P., Agusman, F. M., Indah Ekowati, S., Program Sarjana, A., Karya Husada Semarang, S., & Program Sarjana, D. (2013). Hubungan Perubahan Fungsi Fisik Terhadap Kebutuhan Aktivitas Hidup Sehari-hari (Ahs) Pada Lansia Dengan Stroke (Studi Pada Unit Rehabilitasi Sosial Kota Semarang). *Mei*, 1(1), 2432.
- Nurlan, F. (2020). Analisis Survival Stroke Berulang Menurut Umur Dan Jenis Kelamin Pasien Stroke Di Kota Makassar. *The Indonesian Journal of Health Promotion*, 3(1), 155–161.
- Nurshiyam, Ardi, M., & BAsri, M. (2017). ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSKD DADI MAKASSAR. *Gambaran Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Thypoid Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Di Rumah Sakit Tk Ii Pelamonia*, 08(02), 39–45.
- Oktarina, Y., Nurhusna, Kamariyah, & Mulyani, S. (2020). Edukasi Kesehatan Penyakit Stroke Pada Lansia. *Medic*, 3(2), 106–109. <https://online-journal.unja.ac.id/medic/article/view/11220>
- Pradesti, A., & Indriyani, P. (2020). Pengaruh Latihan Range of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Dengan Stroke. *Journal of Nursing and Health*, 5(2), 95–99. <https://doi.org/10.52488/jnh.v5i2.122>
- Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>

- Sholeh, N. A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebral Vascular Accident Infark Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di RSUD Bangil Pasuruan. 1*, 20–25.
- Sumarni, E., Mamlukah, M., Suparman, R., Ropii, A., Lukman, M., Jamaludin, J., & Sudrajat, C. (2021). ANALISIS PENGARUH TERAPI SENAM ANTI STROKE SEBAGAI UPAYA NON FARMAKOLOGI MENURUNKAN TEKANAN DARAH PADA LANJUT USIA (LANSIA) DENGAN HIPERTENSI RINGAN. *Journal of Public Health Innovation, 1*(2), 133–141. <https://doi.org/10.34305/jphi.v1i2.300>
- Suntara, D. A., Roza, N., & Rahmah, A. (2021). *HUBUNGAN HIPERTENSI DENGAN KEJADIAN STROKE PADA LANSIA DI WILAYAH KERJAPUSKESMAS SEKUPANG KELURAHAN TANJUNG RIAU KOTA BATAM. 1*(10).
- Surti, Candrawati, E., & Warsono. (2017). Hubungan Antara Karakteristik Lanjut Usia Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Fisik Lansia Di Kelurahan Tlogomas Kota Malang. *Nursing News, 2*(3), 801–810. <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/view/450/368>
- Sya'diyah, I., & Listrikawati, M. (2018). *ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DAN LATIHAN. 02*(02), 493–496.
- Ulfa, E. H. (2020). PENGARUH TERAPI GENGAM BOLA KARET TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT PASIEN POST CVA INFARK. *SELL Journal, 5*(1), 55.
- Utrin, I., Mutiara, E., & Yusad, Y. (2013). Pengaruh Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik di Ruang Neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi Tahun 2011. *Neliti, 2*, 1–9. [fmipa.umri.ac.id/wp-content/uploads/2016/09/Rendy-Pengaruh-Hipertensi-pada-Stroke-iskemik.pdf](http://fmipa.umri.ac.id/wp-content/uploads/2016/09/Rendy-Pengaruh-Hipertensi-pada-Stroke-iskemik.pdf)
- Yuliana Hasibuan, S., & Helena Catharina Daulima, N. (2021). Potensi Terapi Kelompok Terapeutik Lansia Pada Perkembangan Psikososial: Studi Literatur. *JKJ: Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 9*(2), 493–500.

Lampiran 1

***CURRICULUM VITAE***



Nama : Nurul Isnaini Afifah

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 14 September 1998

Alamat : Perumtas 3 Blok L7 nomor 08 Kecamatan Tulangan  
Kabupaten Sidoarjo

Email : [nurulafifa10@gmail.com](mailto:nurulafifa10@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

<b>Tahun Lulus</b>	<b>Program Pendidikan</b>	<b>Institusi</b>
2005	TK	Anggun Tanggulangin
2011	Sekolah Dasar	SD Islam Sabilil Huda
2014	Sekolah Menengah Pertama	Mts. NU Sidoarjo
2017	Sekolah Menengah Atas	SMK 10 Nopember Sidoarjo
2021	Strata I Keperawatan	STIKES Hang Tuah Surabaya

## Lampiran 2

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

*“Jika Kamu Tidak Sanggup Menahan Lelahnya Belajar, Maka Kamu Harus Sanggup Menahan Perihnya Kebodohan”*

Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan nikmat kepada saya dalam kesehatan, kekuatan, serta kesabaran dalam menyelesaikan skripsi ini guna meraih gelar Ners (Ns) dengan tepat waktu
2. Mama dan papa yang tak henti mendoakan serta memberikan semangat kepada saya dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
3. Adik saya Iqbal yang telah membuat hari – hari saya menjadi lebih berwarna selama proses mengerjakan skripsi ini
4. Terima kasih sebesar-besarnya kepada seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya terutama untuk pembimbing saya ibu Dini Mei S.Kep.,Ns.,M.Kep yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing saya dengan sabar
5. Terima kasih untuk anggota kelompok praktik Ners saya “Adinda, Alifia, Novi, Andra, Bening, Mellysa, Aysha, Erica, Rosita, Myra, Alifa, Mba Andi” yang telah berjuang bersama-sama dan selalu memberikan kebahagiaan untuk saya
6. Terima kasih untuk sahabat – sahabat saya tercinta “ Adinda, Arum, Mellysa, Mareta, Uci” yang telah menorehkan kenangan bersama saya selama 5 tahun kuliah dan selalu membantu memberi saran dan dukungan kepada saya
7. Teman – teman seperjuangan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah bekerja sama dengan baik dan memberikan kesan yang bermakna

## Lampiran 3

**Tingkat Kemandirian Dalam Kehidupan Sehari-hari (Indeks Barthel)**

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	0 Aktivitas seluruhnya dibantu perawat karena kedua kaki pasien mengalami kelemahan otot
2	Mandi	0	5	0 Dibantu oleh perawat karena pasien tidak dapat mandi secara mandiri
3	Makan	5	10	10 Pasien mampu makan sendiri tanpa dibantu perawat karena anggota tubuh bagian atas tidak mengalami kelumpuhan
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	5 Pasien dibantu perawat dalam BAB dan BAK karena tidak mampu berjalan ke toilet dan pasien menggunakan pampers
5	Naik/Turun Tangga	5	10	5 Pasien mengalami kelemahan pada kedua kakinya sehingga tidak dapat naik dan turun tangga
6	Berpakaian	5	10	5 Pasien dibantu oleh perawat untuk berpakaian
7	Kontrol BAB	5	10	5 Pasien dibantu perawat dalam BAB dan BAK karena pasien menggunakan pampers



8	Kontrol BAK	5	10	5 Pasien dibantu perawat dalam BAB dan BAK karena pasien menggunakan pampers
9	Ambulasi	10	15	10 Pasien mengalami kelemahan pada kedua kakinya
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	10 Pasien mengalami kelemahan pada kedua kakinya sehingga membutuhkan bantuan saat transfer kursi/bed


**Interpretasi: 55 (ketergantungan berat)**

- 0-20 : Ketergantungan Penuh  
 21-61 : Ketergantungan Berat  
 62-90 : Ketergantungan Sedang  
 91-99 : Ketergantungan Ringan  
 100 : Mandiri

## Lampiran 4

## MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2021 Hari: Senin Musim : Hujan Bulan: November Tanggal : 8
2	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara: Indonesia Panti : Werdha jambangan Propinsi: jawa timur Wisma : kenanga Kabupaten/kota : Surabaya
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi      2). Meja      3). Kertas
4	Perhatiandankalkulasi	5	4	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93    2). 86    3). 79    4). 72    5). 65  (poin klien 4 karena klien pada tingkatan ke lima menjawab 64)
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). 1). kertas 2). bulpen

				<p>3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi ) Klien menjawab :</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
Total nilai		30	28	

**Interpretasi hasil : 29 (tidak ada gangguan kognitif)**

24 – 30 : tidak ada gangguan

kognitif 18 – 23 : gangguan

kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan : tidak ada gangguan kognitif

## Lampiran 5

## Pengkajian SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
√		1	Tanggal berapa hari ini ?
√		2	Hari apa sekarang ?
√		3	Apa nama tempat ini ?
√		4	Dimana alamat anda ?
√		5	Berapa umur anda ?
√		6	Kapan anda lahir ?
√		7	Siapa presiden Indonesia ?
√		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
√		9	Siapa nama ibu anda ?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
JUMLAH			

## Lampiran 6

## SOP ROM

Judul	ROM PASIF
Pengertian	Latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian klien sesuai dengan rentang gerakanya
Tujuan	Menjaga fleksibilitas dari masing-masing persendian
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat</li> <li>2. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien</li> <li>3. Mengatur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman</li> </ol>
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handuk kecil</li> <li>2. Lotion/baby oil</li> <li>3. Minyak penghangat bila perlu (misal : minyak telon)</li> </ol>
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Prosedur umum <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Jaga privasi klien</li> <li>3. Beri penjelasan kepada klien mengenai apa yang akan anda lakukan dan minta klien untuk dapat bekerja sama</li> <li>4. Atur ketinggian tempat tidur yang sesuai agar memudahkan perawat dalam bekerja, terhindar dari masalah pada penjajaran tubuh dan pergunakan selalu prinsip-prinsip mekanik tubuh</li> <li>5. Posisikan klien dengan posisi supinasi dekat dengan perawat dan buka bagian tubuh yang akan digerakkan</li> <li>6. Rapatkan kedua kaki dan letakkan kedua lengan pada masing-masing sisi tubuh</li> <li>7. Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan. Ulangi masing-masing gerakan 3 kali</li> <li>8. Selama latihan pergerakan, kaji kemampuan untuk menoleransi gerakan rentang gerak (ROM) dari masing-</li> </ol> </li> </ol>

	<p>masing persendian yang bersangkutan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Setelah latihan pergerakan, kaji denyut nadi dan ketahanan tubuh terhadap latihan</li> <li>10. Catat dan laporkan setiap masalah yang tidak diharapkan atau perubahan pada pergerakan klien, misalnya ada kekakuan dan kontraktur</li> </ol> <p>b. Prosedur Khusus</p> <p>Pergerakan bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pegang pergerakan tangan dan siku penderita, lalu angkat selebar bahu, putar ke luar dan ke dalam</li> <li>2. Angkat tangan gerakan ke atas kepala dengan dibengkokkan, lalu kembali ke posisi awal</li> <li>3. Gerakan tangan dengan mendekatkan lengan ke arah badan, hingga menjangkau tangan yang lain</li> </ol> <p>Pergerakan siku</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buat sudut 90° pada siku lalu gerakan lengan ke atas dan ke bawah dengan membuat gerakan setengah lingkaran</li> <li>2. Gerakan lengan dengan menekuk siku sampai ke dekat dagu</li> </ol> <p>Pergerakan tangan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pegang tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan</li> <li>2. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke bawah</li> <li>3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas</li> <li>4. Pergerakan jari tangan</li> <li>5. Putar jari tangan satu persatu</li> <li>6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain</li> </ol> <p>Pergerakan kaki</p> <p>Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut kaki lalu angkat sampai 30° lalu putar</p>
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90°</li> <li>3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh</li> <li>4. Putar kaki ke dalam dan ke luar</li> <li>5. Lakukan penekanan pada telapak kaki ke luar dan ke dalam</li> <li>6. Jari kaki di tekuk-tekuk lalu di putar</li> </ol> <p>Pergerakan leher</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan ke kanan</li> <li>2. Gerakan leher menekuk ke depan dan ke belakang</li> </ol>
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi hasil tindakan</li> <li>2. Berpamitan dengan pasien</li> <li>3. Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula</li> <li>4. Mencuci tangan</li> <li>5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan</li> </ol>