

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. AC DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS STROKE DAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG KENANGA UPTD
GRIYA WREDA JAMBANGAN SURABAYA**



Oleh :
NUR AVIFAH, S.Kep.
NIM. 2230081

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. AC DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS STROKE DAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI KENANGA UPTD
GRIYA WREDA JAMBANGAN SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners (Ns.)
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :
NUR AVIFAH, S.Kep.
NIM. 2230081

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nur Avifah

NIM : 2230081

Tanggal Lahir : 18 September 2000

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. AC dengan Diagnosis Medis Stroke dan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya. Demikian Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 31 Januari 2023

Nur Avifah, S. Kep.

NIM. 2230081

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nur Avifah

NIM : 2230081

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. AC dengan Diagnosis Medis Stroke dan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa laporan Karya Ilmiah Akhir guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns)

Mengetahui

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 03056

Desy Dwi Arvanita Ivadah, S.Kep., Ns.

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 31 Januari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Nur Avifah
NIM : 2230081
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. AC dengan Diagnosis Medis Stroke dan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 03007

Penguji II : Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 03056

Penguji III : Desy Dwi Aryanita Ivadah, S.Kep., Ns.

**Mengetahui,
KAPRODI PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

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

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 31 Januari 2023

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan berkah, karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. AC dengan Diagnosis Medis Stroke dan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya” yang InshaAllah dapat bermanfaat untuk semuanya.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat memenuhi tugas akhir untuk menyelesaikan pendidikan di Program Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya dan mencapai gelar Ners. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sangatlah sulit untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
2. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah. S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners dengan menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku ketua penguji yang telah memberikan motivasi serta semangat untuk menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
5. Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku pembimbing dan anggota penguji yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan, saran, masukan, dan dorongan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir.

6. Desy Dwi Arvanita Ivadah, S.Kep, Ns. selaku pemimbing dan anggota penguji di UPTD Griya Wredha Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
7. Seluruh dosen dan staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran progress penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
8. Tn. AC selaku responden yang telah bersedia menjadi responden dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Dukungan keluarga saya tercinta yang senantiasa mendoakan dan memberikan saya do'a, semangat, kasih sayang kepada 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.
11. Diri saya sendiri yang masih bersemangat dan bisa berjuang untuk sampai saat 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 Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 31 Januari 2023

Nur Avifah. S.Kep.
NIM. 2230081

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.5.1 Metode	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data	7
1.5.4 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9

2.1 Konsep Lansia	9
2.1.1 Definisi Lansia	9
2.1.2 Batasan Lansia	9
2.1.3 Ciri-ciri Lansia	10
2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	11
2.2 Konsep Stroke	16
2.2.1 Definisi Stroke	16
2.2.2 Klasifikasi Stroke	16
2.2.3 Etiologi Stroke	17
2.3.4 Anatomi dan Fisiologi	18
2.3.5 Komplikasi Stroke	22
2.3.6 Komplikasi Stroke	23
2.3.7 Penatalaksanaan	24
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	26
2.3.1 Pengkajian	26
2.3.2 Diagnosis Keperawatan	34
2.3.3 Implementasi	37
2.3.4 Evaluasi	37
BAB 3 TINJAUAN KASUS	38
3.1 Pengkajian Keperawatan	38
3.1.1 Identitas Pasien	38
3.1.2 Keluhan Utama	38
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang	38
3.1.4 <i>Age Related Changes</i> (Perubahan Terkait Proses Menua)	39

3.1.5 Pemeriksaan Fisik.....	39
3.1.6 Potensi Pertumbuhan Psikososial dan Spiritual.....	42
3.1.8 <i>Negative Functional Consequences</i>	42
BAB 4 PEMBAHASAN	61
4.1 Pengkajian	61
4.1.1 Identitas.....	61
4.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	64
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	65
4.1.6 Implementasi.....	73
BAB 5 PENUTUP.....	77
5.1 Simpulan.....	77
5.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	79
DAFTAR LAMPIRAN.....	82
Lampiran 1 Kemampuan ADL.....	82
Lampiran 2 Pengkajian <i>MMSE</i>	83
Lampiran 3 Pengkajian <i>SPMSQ</i>	85
Lampiran 4 Pengkajian <i>Time Up Go</i>	86
Lampiran 5 Pengkajian Depresi <i>GDS</i>	87
Lampiran 6 Pengkajian Nutrisi.....	88
Lampiran 7 Pengkajian APGAR Fungsi Sosial Lansia.....	89
Lampiran 8 Poster Mengubah Posisi 2 Jam Sekali	90
Lampiran 9 CV	91
Lampiran 10 Motto dan Persembahan.....	92

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengkajian Indeks Barthel.....	28
Tabel 2.2 Pengkajian MMSE.....	29
Tabel 2.3 Pengkajian SPMSQ.....	30
Tabel 2.4 Pengkajian <i>Time Up Go Test</i>	31
Tabel 2.5 Pengkajian Depresi.....	31
Tabel 2.6 Pengkajian Status Nutrisi.....	32
Tabel 2.7 Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang.....	32
Tabel 2.8 Pengkajian Fungsi Sosial.....	33
Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan.....	34

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak.....	18
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kemampuan ADL.....	82
Lampiran 2 Pengkajian <i>MMSE</i>	83
Lampiran 3 Pengkajian <i>SPMSQ</i>	85
Lampiran 4 Pengkajian <i>Time Up Go</i>	86
Lampiran 5 Pengkajian Depresi <i>GDS</i>	87
Lampiran 6 Pengkajian Nutrisi.....	88
Lampiran 7 Pengkajian APGAR Fungsi Sosial Lansia.....	89
Lampiran 8 Poster Mengubah Posisi 2 Jam Sekali	90
Lampiran 9 CV	91
Lampiran 10 Motto dan Persembahan.....	92

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia merupakan fase akhir di kehidupan manusia yang secara normal akan terjadi pada seseorang, semakin menua seseorang maka akan mengalami penurunan fungsi tubuh (Pakki et al., 2022). Kejadian lanjut usia dapat menyebabkan berbagai penyakit yang terjadi kepada lansia, seperti kejadian stroke pada lansia yang kerap sekali terjadi di negara Indonesia sehingga dapat mengalami perubahan secara fisik, psikis, serta sosialnya (Mardiah, 2021). Stroke adalah penyakit yang disebabkan karena adanya gangguan pada fungsi otak, ketika aliran darah ke otak terganggu maka oksigen dan nutrisi tidak dapat dikirim ke otak sehingga menimbulkan kerusakan sel yang dapat membuat seseorang mengalami hemiparase/hemiplegia (kelemahan/kekuatan otot). Hemiparase/hemiplegia mengakibatkan kurangnya kemampuan fisik dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, penurunan fungsi mobilitas, keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri (Sulistiyowati, 2020).

Prevalensi stroke menurut data *World Health Organization* dalam Kemenkes 2020 menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke (Mongkau et al., 2022). Di Indonesia prevalensi stroke didapatkan 10,9 % (713,783) (Susanto et al., 2023). Di Jawa Timur prevalensi stroke didapatkan 12,4 % (113,045) (Riskesdas, 2018). Di Surabaya prevalensi strok >1.989 kasus . Pada pengambilan data pada 20 Desember 2022 didapatkan hasil dari 165 lansia di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya menunjukkan bahwa lansia yang menderita penyakit stroke sebanyak 20 lansia,

hipertensi sebanyak 80 lansia, dermatitis sebanyak 23 lansia, diabetes mellitus 18 lansia, kanker 2 lansia.

Stroke adalah penyakit dengan urutan kedua yang mematikan setelah penyakit jantung. Stroke banyak disebabkan oleh hipertensi yang bisa disebut juga dengan *silent killer*, diabetes mellitus, obesitas, dan berbagai penyakit yang disebabkan pada gangguan aliran darah ke otak (Rasmaliah, 2018). Stroke merupakan suatu gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh aliran darah yang dapat timbul secara mendadak atau lebih cepat dalam beberapa detik maupun beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai daerah yang mengganggu. Stroke dapat terjadi jika pembuluh darah yang membawa darah ke otak tersumbat atau terdapat gangguan sirkulasi pembuluh darah yang meniadakan darah ke otak. Stroke dapat menyebabkan gangguan fungsi syaraf seperti berbicara pelo, gangguan penglihatan, gangguan mobilitas, dan kelumpuhan pada wajah maupun ekstermitas (Wahyuningsih, 2020). Gejala pada stroke tergantung oleh lokasi pembuluh darah dan fungsi otak yang disuplai pembuluh darah tersebut. Pembuluh darah yang terserang tidak bisa membawa nutrient dan oksigen ke otak sehingga dapat membunuh sel saraf dan mengalami kelumpuhan. Kelumpuhan yang terjadi dapat membuat gerakan pada ekstermitas terbatas (Rofina Laus, 2019). Gerakan pada ekstermitas yang terbatas menyebabkan gangguan mobilitas fisik dimana keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik satu atau lebih ekstermitas secara mandiri (PPNI, 2016). Gangguan mobilitas fisik yang terbatas dapat berdampak pada penderita stroke seperti tirah baring yang dapat mengurangi aktivitas fisik dan kebutuhan oksigen tubuh. Seseorang yang mengalami tirah baring juga akan kehilangan kekuatan otot rata-rata 3% sehari (Rohman, 2019).

Seseorang yang telah mengalami kelumpuhan akibat stroke maka pemenuhan kebutuhan untuk mobilisasinya dapat terganggu karena penurunan kekuatan otot yang dapat mempersulit untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Semakin lamanya seseorang mengalami stroke maka semakin lama mengalami tirah baring, dengan lamanya tirah baring seseorang dapat melakukan pengaturan posisi tirah baring (mobilisasi miring kanan/kiri) setiap 2 jam sekali (Dewi Rachmawati, 2019). Mobilisasi dini mempertahankan kemandirian pasien melakukan mobilisasi atau gerakan lebih dini untuk mempertahankan fungsi fisiologis yang berpengaruh terhadap integritas berbagai fungsi tubuh (Amalis, 2021). Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk membahas mengenai stroke yang dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. AC dengan Diagnosis Medis Stroke dan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan dari penyakit stroke pada Tn. AC ini maka penulis akan mengkaji lebih lanjut dan melakukan asuhan keperawatan dengan rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. AC dengan Diagnosis Medis Stroke dan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. AC dengan diagnosis medis stroke dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian keperawatan gerontik pada Tn. AC dengan diagnosis medis stroke dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
2. Mahasiswa mampu menentukan diagnosis keperawatan gerontik pada Tn. AC dengan diagnosis medis stroke dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
3. Mahasiswa mampu menyusun intervensi keperawatan gerontik pada Tn. AC dengan diagnosis utama stroke dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan implementasi keperawatan gerontik pada Tn. AC dengan diagnosis medis stroke dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan gerontik pada Tn. AC dengan diagnosis medis stroke dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Ruang Kenanga UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat baik secara teoritis maupun praktis seperti dibawah ini :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dengan diberikan asuhan keperawatan secara tepat dan efisien maka diharapkan dapat menghasilkan luaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian keparahan dan kematian pada lansia dengan stroke di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi saran dan masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada lansia dengan stroke agar penatalaksanaan dan pencegahan dini dapat dilakukan untuk menghasilkan luaran klinis yang baik bagi lansia dengan stroke.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada lansia dengan stroke.

3. Bagi Keluarga dan lansia

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada keluarga dan lansia mengenai suatu penyakit dan perawatan yang baik dan tepat bagi lansia dengan stroke.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil studi ini diharapkan dapat digunakan sebagai perbandingan tentang asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan stroke sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang baru.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Pada karya ilmiah akhir ini untuk metode studi kasus yang digunakan adalah metode yang memusatkan perhatian pada satu objek 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 diperoleh melalui percakapan baik dengan lansia maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diperoleh melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku lansia yang dapat diamati.

3. Pemeriksaan

Data diperoleh dari pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat digunakan dalam menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung dari lansia baik berupa informasi maupun pemeriksaan fisik

2. Data Sekunder

Data yang diperoleh melalui keluarga atau orang terdekat dengan lansia, catatan medis perawatan lansia, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi Kepustakaan

Data yang diperoleh melalui sumber-sumber pustaka yang berhubungan dengan karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas.

1.5.4 Sistematika Penulisan

Pada studi kasus secara keseluruhan dapat dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal yang memuat halaman judul, halaman pernyataan, halaman persetujuan, halaman pengesahan, kaat pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran, daftar singkatan, dan daftar symbol.
2. Bagian inti, meliputi lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab, berikut adalah bab dan sub bab :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat, metode, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep lansia, konsep stroke, konsep asuhan keperawatan pada stroke, dan kerangka masalah keperawatan.

BAB 3 : Tinjauan kasus yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan dari pelaksanaan asuhan keperawatan.

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

BAB 5 : Penutup yang berisi tentang simpulan dan saran

3. Bagian akhir, yang meliputi daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas tinjauan pustaka dari beberapa literatur yang ada keterkaitannya dengan judul Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. AC dengan Diagnosis Medis Stroke dan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya. Konsep lansia akan diuraikan definisi, klasifikasi dan masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dll. Konsep asuhan keperawatan akan diuraikan mengenai pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan pada stroke.

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia merupakan seseorang yang mengalami proses penuaan secara terus-menerus yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentan terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian (Putri et al., 2023).

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut Ollin & Sari, 2021 menjelaskan bahwa batasan usia lansia dibagi menjadi empat kategori yaitu :

1. Usia pra lansia 45-59 tahun
2. Usia lansia muda 60-69 tahun
3. Usia lansia menengah 70-79 tahun
4. Usia lansia tua 80 tahun keatas

2.1.3 Ciri-ciri Lansia

Menurut Pakki et al., 2022 menjelaskan ciri-ciri lansia adalah :

1. Lansia mengalami periode kemunduran

Lansia mengalami periode kemunduran fisik dan psikologis. Lansia yang memiliki motivasi rendah maka cenderung mengalami proses kemunduran fisik secara cepat juga, sedangkan lansia yang memiliki motivasi tinggi mempunyai kemungkinan kemunduran fisik yang lambat.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Lansia memiliki status kelompok minoritas diakibatkan oleh kurangnya tenggang rasa pada orang lain sehingga sering mengakibatkan persepsi negatif dari masyarakat.

3. Lansia membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran pada lansia dimaksudkan jika lansia memiliki kedudukan di masyarakat, akibat penurunan fungsi diharapkan lansia dapat merubah perannya di masyarakat atas kemauan sendiri.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang kurang baik terhadap lansia seringkali membuat konsep diri yang buruk terhadap lansia. Misalnya, jika dalam keluarga lansia sering tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan karena dianggap pendapatnya kuno. Hal ini dapat menyebabkan gangguan menaruh diri pada lansia.

2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Penuaan yang terjadi pada lansia dapat berpengaruh terhadap penuaan pada lansia, Susanto et al., 2023 menjelaskan perubahan yang terjadi pada lansia sebagai berikut :

1. Perubahan Fisik

a. Sel

Jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh dan cairan intraseluler menurun.

b. Respirasi

Kekakuan dan penurunan kekuatan otot pernafasan, penurunan elastisitas paru, peningkatan kapasitas residu yang mengakibatkan bernapas menjadi lebih berat, pelebaran dan penurunan jumlah alveoli, penurunan kemampuan batuk, dan penyempitan pada bronkus.

c. Kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan kaku, penurunan kemampuan memompa darah, penurunan elastisitas pembuluh darah, peningkatan resistensi pembuluh darah perifer yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.

d. Persarafan

Persarafan pada panca indera mengecil sehingga menjadikan fungsinya menurun dan lambat dalam merespon ataupun bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress. Berkurang atau bahkan hilangnya lapisan myelin akson yang menjadikan respon motoric dan reflek menurun.

e. Pendengaran

Membrane timpani mengecil sehingga terjadi gangguan pendengaran dan kekakuan tulang pendengaran.

f. Muskuloskeletal

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh, bungkuk, persendian membesar dan menjadi kaku, kram, tremor, serta tendon mengkerut dan mengalami sclerosis.

g. Pengelihatatan

Penurunan respon terhadap sinar, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, dan katarak.

h. Gastrointestinal

Esophagus melebar, asam lambung menurun, penurunan peristaltik yang menyebabkan daya absorbs juga menurun. Ukuran lambung mengecil serta menurunnya fungsi organ aksesori yang menjadi produksi hormone dan enzim pencernaan dapat berkurang.

i. Kulit

Elastisitas menurun, kelenjar keringat menurun, rambut memutih.

2. Perubahan Psikososial

a. Perubahan dalam peran social di masyarakat

Penurunan berbagai kemampuan fisik, pendengaran, dan penglihatan dapat membuat lansia merasa terasingkan serta enggan berinteraksi dengan orang lain. Dampak yang lebih parah lagi lansia dapat mengurung diri, mudah menangis sehingga berujung pada perasaan kesepian.

b. Perubahan aspek kepribadian

Penurunan fungsi kognitif dan psikomotor yang menimbulkan perubahan pada kepribadian.

c. Perubahan minat

Perubahan berbagai fungsi tubuh dapat berpengaruh terhadap minat yang dimiliki lansia, seperti minat terhadap penampilan, minat terhadap kejadian disekitar, serta minat pada kebutuhan rekreasi.

3. Perubahan Kognitif

a. Kemampuan pemahaman

Penurunan kemampuan pemahaman dapat membuat konsentrasi dan fungsi pendengaran yang menurun.

b. Daya ingat (memori)

Penurunan daya ingat karena berkurangnya proses penerimaan informasi yang didapat. Daya ingat memori jangka panjang tidak mengalami perubahan yang signifikan, namun terjadi penurunan memori jangka pendek.

2.1.5 Sindrom Geriatri

Menurut Sholihaturrahmaniah, 2020 menjelaskan bahwa sindrom geriatri merupakan sindrom yang dialami oleh lansia dengan berbagai masalah kesehatan yang berbeda sesuai dengan permasalahan klinis, psikologi, social serta kerentanan lainnya. Sindrom geriatri dikenal dengan istilah 14 I yaitu :

1. *Immobility* (Kurang Gerak)

Imobilisasi adalah berkurangnya kemampuan gerak yang merupakan penurunan fungsi fisik akibat penurunan aktivitas atau adanya penyakit penyerta

seperti fraktur femur, penurunan kesadaran, dan sakit berat lainnya yang membuat seseorang mengalami imobilisasi lama.

2. *Instability Postural* (Instabilitas Postural)

Perubahan cara berjalan dan berkurangnya keseimbangan beserta proses penuaan. Hal tersebut dapat menimbulkan risiko jatuh dan mengakibatkan cedera fisik.

3. *Incontinence* (Sering BAB atau BAK)

Inkontinensia urin adalah keluarnya urin yang tanpa dikehendaki dan tidak terkendali pada saat yang tidak tepat. Sedangkan inkontinensia alvi/fekal adalah ketidakmampuan untuk mengendalikan pengeluaran feses melalui anus.

4. *Intellectual Impairment* (Gangguan Intelektual atau Demensia)

Demensia merupakan berkurangnya kemampuan seseorang untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau mengingat pengalaman yang lalu dan kehilangan pola sentuh, pasien menjadi perasa, dan terganggunya aktivitas.

5. *Infection* (Infeksi)

Infeksi disebabkan oleh perubahan fisik yang membuat daya tahan atau imunitas terhadap infeksi menurun, sirkulasi yang terganggu. Pada lansia yang mengalami infeksi ditandai dengan menurunnya suhu tubuh, konfusi/delirium sampai koma, adanya penurunan nafsu makan, badan menjadi lemas, adanya perubahan tingkah laku.

6. *Impairment Of Senses* (Gangguan Fungsi Indera)

Gangguan pendengaran sangat sering ditemui pada lanjut usia dan dapat menyebabkan seseorang sulit diajak komunikasi.

7. *Isolation (Depression)*

Isolation (terisolasi) / depresi pada lansia disebabkan oleh kehilangan seseorang yang disayangi, pasangan hidup, anak, bahkan hewan peliharaan. Kecenderungan menarik diri dari lingkungan dapat menyebabkan terisolasi dan menjadi depresi.

8. *Inanition (Malnutrisi)*

Anoreksia dipengaruhi oleh factor fisiologis (perubahan rasa kecap, pembauan sulit, mengunyah, gangguan usus, sll), psikologis (depresi dan demensia), social (hidup dan makan sendiri) yang berpengaruh pada nafsu makan.

9. *Impecunity (Kemiskinan)*

Bertambahnya usia membuat kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara perlahan dan dapat menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaan sehingga tidak dapat memberikan penghasilan.

10. *Iatrogenic (Menderita Penyakit Pengaruh Obat-obatan)*

Lansia yang menderita penyakit lebih dari satu jenis sehingga membutuhkan obat yang lebih banyak, apalagi sebagian lansia sering menggunakan obat dalam jangka waktu yang lama tanpa *advice* dari dokter sehingga menimbulkan penyakit.

11. *Insomnia (Sulit Tidur)*

Lansia dapat mengalami sulit tidur karena sulit masuk kedalam proses tidur, tidurnya tidak dalam dan mudah terbangun, jika terbangun sulit untuk tidur kembali, terbangun dini hari, lesu setelah bangun pagi hari.

12. *Immunodeficiency* (Penurunan Sistem Kekebalan Tubuh)

Penurunan daya tahan tubuh disebabkan oleh proses penuaan akibat penurunan fungsi organ tubuh, penyakit yang diderita, penggunaan obat-obatan, keadaan gizi yang menurun.

13. *Impotence* (Gangguan Seksual)

Impotensi atau ketidakmampuan melakukan aktivitas seksual pada usia lanjut terutama yang disebabkan oleh gangguan hormon, syaraf, dan pembuluh darah, serta depresi.

14. *Impaction* (Sulit Buang Air Besar)

Faktor yang mempengaruhi kesulitan buang air besar/konstipasi yaitu kurang gerak fisik, makanan yang kurang mengandung serat, kurang minum, akibat obat-obatan tertentu. Hal tersebut dapat mengakibatkan pengosongan usus menjadi sulit atau isi usus menjadi tertahan.

2.2 Konsep Stroke

2.2.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan penyakit *cerebrovaskuler* (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak (Sulistiyowati, 2020).

2.2.2 Klasifikasi Stroke

Menurut (Samita, 2018) Stroke dibedakan menjadi 2 jenis yaitu, stroke iskemik dan stroke hemoragik, sebagai berikut :

1. Stroke Iskemik (non hemoragik) adalah penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak berhenti sebagian atau seluruhnya. Stroke iskemik ini dibagi 3 yaitu :
 - a. Stroke Trombotik : Proses pembentukan thrombus
 - b. Stroke Embolik : Gumpalan darah membuat arteri membeku
 - c. Hipoperfusi Sistemik : Akibat gangguan irama jantung, aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang.
2. Stroke Hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada pasien hipertensi. Stroke hemoragik ada 2 jenis yaitu :
 - a. Hemoragik Intraserebral : Perdarahan di jaringan otak
 - b. Hemoragik (Di ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak)

2.2.3 Etiologi Stroke

(Putri, 2021) menjelaskan faktor terjadinya stroke meliputi :

- a. Hipertensi merupakan faktor resiko utama
- b. Penyakit kardiovaskular embolisme berasal dari jantung
- c. Kolesterol tinggi
- d. Obesitas
- e. Diabetes
- f. Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok dan kadar estrogen tinggi).
- g. Merokok

- h. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain)
- i. Konsumsi alkohol : Stroke dapat disebabkan oleh arteri yang tersumbat atau bocor (stroke iskemik) dan dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah ke otak (transient ischemic attack atau TIA) yang tidak menyebabkan kerusakan permanen.

2.2.3 Tanda dan Gejala

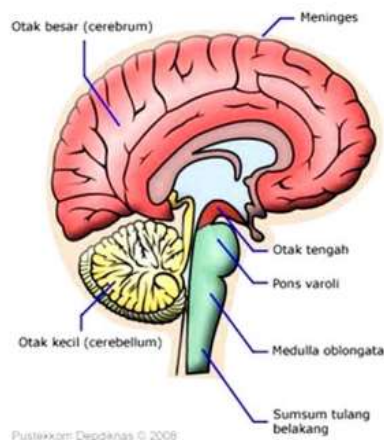
Menurut (Ummaroh, 2019), tanda dan gejala stroke, yaitu :

1. Mati rasa tiba-tiba di wajah, lengan atau tungkai, terutama di sisi kiri atau kanan
2. Tiba-tiba merasa bingung, kesulitan berbicara atau susah memahami
3. Gangguan penglihatan yang tiba-tiba pada salah satu atau kedua mata
4. Hilangnya keseimbangan secara tiba-tiba menyebabkan kesulitan dalam berjalan, biasanya disertai pusing
5. Sakit kepala tanpa sebab yang jelas

2.3.4 Anatomi dan Fisiologi

A. Anatomi

Gambar 2.1 Anatomi Otak



B. Fisiologis

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat computer dari semua alat tubuh . Bagian dari saraf sentral yang terletak didalam rongga tengkorak (kranium) dibungkus oleh selaput otak yang kuat. Otak terletak dalam rongga cranium berkembang dari sebuah tabung yang mulanya memperlihatkan tiga gejala pembesaran otak awal. Otak depan menjadi hemifer serebri, korpus striatum, thalamus, serta hypothalamus. Otak tengah, tegmentum, krus serebrium, korpus kurdigeminus. Otak belakang, menjadi pons varoli, medulla oblongata, dan serebelum.

a. Sereberum

Sereberum (otak besar) merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur, mengisi penuh bagian atas rongga tengkorak. Masing – masing disebut fosa kranialis atas dan fosa kranialis mediac. Pada otak besar di temukan beberapa lobus yaitu :

- a) Lobus frontalis adalah bagian dari sereberum yang terletak di depan sulkus sentralis.
- b) Lobus parientalis terdapat di depan sulkus sentralis dan dibelakangi oleh korako - oksipitalis.
- c) Lobus temporalis, terdapat di bawah lateral dari fisura sereberalis dan di depan lobus oksipitalis
- d) Oksipitalis yang mengisi bagian belakang dari sereberum. Kortek serebri selain dibagi dalam lobus dapat juga di bagi menurut fungsi dan banyaknya area.

b. Cambel membagi bentuk korteks serebri menjadi 20 area. Secara umum korteks serebri di bagi menjadi empat bagian :

a) Korteks sensoris

Pusat sensasi umum primer suatu hemisfer serebri yang mengurus bagian badan, luas daerah korteks yang menangani suatu alat atau bagian tubuh yang bersangkutan.

b) Korteks asosiasi

Tiap indra manusia , korteks asosiasi sendiri merupakan kemampuan otak manusia dalam bidang intelektual, ingatan, pikiran, rangsangan yang diterima , diolah dan disimpan serta dihubungkan dengan data yang lain. Bagian anterior lobus temporalis mempunyai hubungan dengan psikokorteks.

c) Korteks motoris menerima impuls dari korteks sensori, fungsi utamanya adalah kontribusi pada traktus piramidalis yang mengatur bagian tubuh kontralateral.

d) Korteks pre – frontal terletak pada lobus frontalis berhubungan dengan sikap mental dan kepribadian.

c. Batang Otak Batang otak terdiri dari :

a) Diensefalon, bagian batang otak paling atas terdapat di antara serebelum dengan mesensefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di bagian lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap ke samping. Fungsinya dari diensefalon :

1) Vasokonstriktor, mengecilkan pembuluh darah

- 2) Respiratori, membantu proses persarafan
 - 3) Mengontrol kegiatan reflex
 - 4) Membantu kerja jantung
- b) Mensesefalon, atap dari mensesefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol keatas. Dua disebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Serta nervus troklearis berjalan kearah dorsal menyilang garis tengah ke sisi lain.
- Fungsinya :
- 1) Membantu pergerakan mata dan mengangkat kelopak mata.
 - 2) Memutar mata dan pusat pergerakan mata.
- c) Pons varoli barikum pontis yang menghubungkan mesensefalon dengan pons varoli dan dengan serebelum, terletak di depan serebelum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Di sini terdapat premoktosid yang mengatur gerakan pernafasan dan refleksi. Fungsinya : penghubung anantara kedua bagian serebelum dan juga antara medulla oblongata dengan serebelum atau otak besar, pusat saraf nervus trigeminus.
- d) Medulla oblongata merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medula spinalis. Bagian bawah medulla oblongata merupakan persambungan medulla spinalis ke atas, bagian atas medulla oblongata yang melebar disebut kanalis sentralis di daerah tengah bagian ventral medulla oblongata. Fungsinya :
- 1) mengontrol kerja jantung
 - 2) mengecilkan pembuluh darah

- 3) pusat pernafasan
- 4) mengontrol kegiatan refleks

d. Serebelum

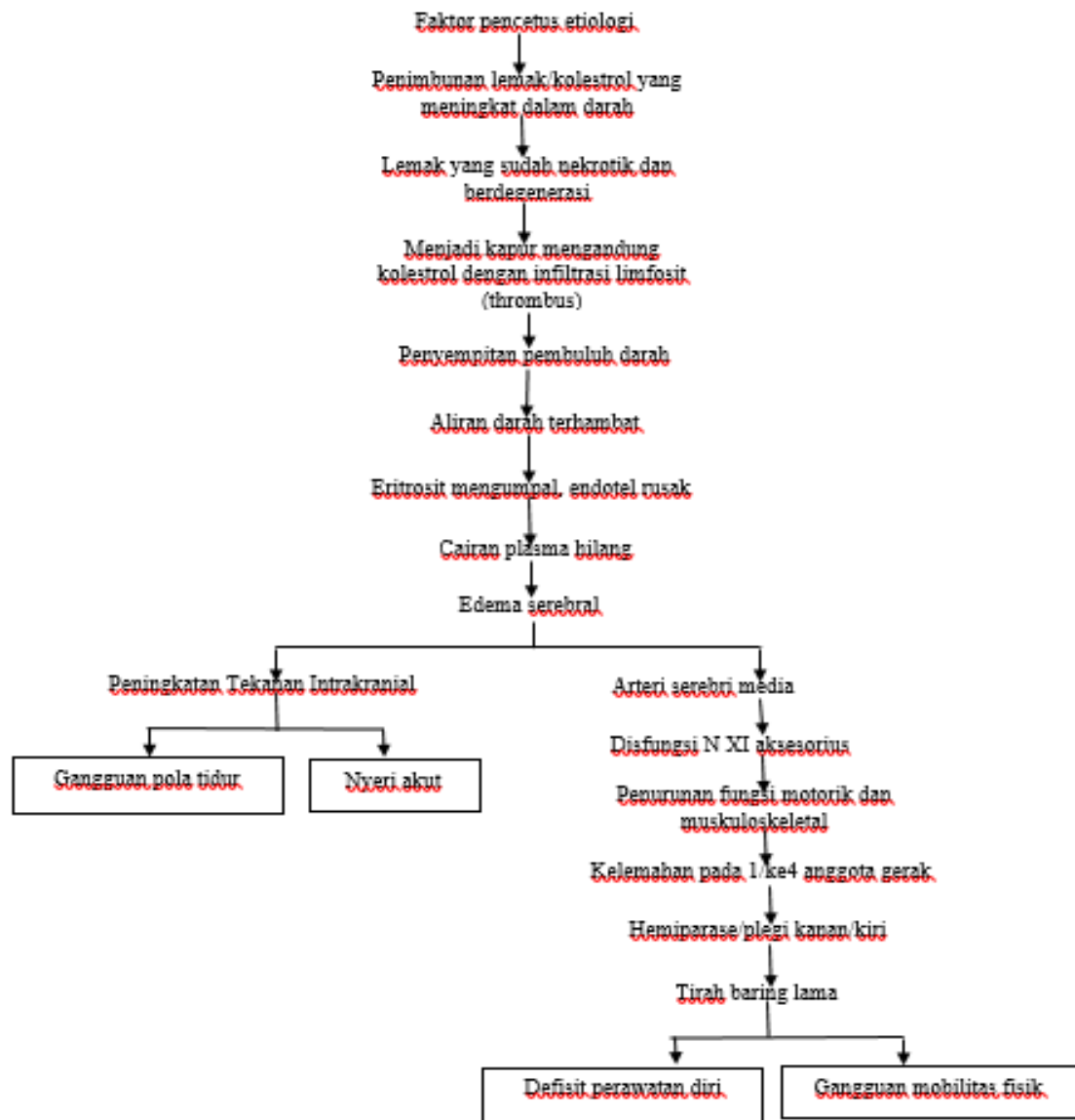
Serebelum (otak kecil) terletak dibagian bawah dan dibelakang tengkorak dipisahkan dengan sereberum oleh fisura transversalis di belakang oleh pons vorali dan diatas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut afren sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi. Bentuknya oval, bagian yang mengecil pada sentral disebut vermis dan bagian yang melebar pada lateral disebut hemisfer. Serebelum berhubungan dengan batang otak melalui pundun kulus serebri inferior. Permukaan luar serebelum berlipat – lipat menyerupai serebelum tetapi lipatannya lebih kecil dan lebih lentur. Permukaan serebelum ini mengandung zat kelabu. Korteks serebelum dibentuk oleh subtansia grisia, terdiri dari tiga lapisan yaitu granular luar, lapisan purkinye, lapisan granular dalam. Serabut saraf yang masuk dan yang keluar dari sereberum harus melewati serebelum.

2.3.5 Komplikasi Stroke

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa

komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien stroke (Mutiarasari, 2019).

2.3.6 Komplikasi Stroke



2.3.7 Penatalaksanaan

Tujuan terapi adalah memulihkan perfusi ke jaringan otak yang mengalami infark dan mencegah serangan stroke berulang. Terapi dapat menggunakan *Intravenous recombinant tissue plasminogen activator* (rtPA) yang merupakan bukti efektivitas dari trombolisis, obat antiplatelet dan antikoagulan untuk mencegah reperfusi pada pasien stroke iskemik (Mutiarasari, 2019).

1. *Intravenous recombinant tissue plasminogen activator* (rt-PA)

Obat ini juga disebut dengan rrt PA, t-PA, tPA, alteplase (nama generik), atau aktivase atau aktilise (nama dagang). Pedoman terbaru bahwa rt-PA harus diberikan jika pasien memenuhi kriteria untuk perawatan. Pemberian rt-PA intravena antara 3 dan 4,5 jam setelah onset serangan stroke telah terbukti efektif pada uji coba klinis secara acak dan dimasukkan ke dalam pedoman rekomendasi oleh *America Stroke Association* (rekomendasi kelas I, bukti ilmiah level A). Penentuan penyebab stroke sebaiknya ditunda hingga setelah memulai terapi rt-PA. Dasar pemberian terapi rt-PA menyatakan pentingnya pemastian diagnosis sehingga pasien tersebut benar-benar memerlukan terapi rt-PA, dengan prosedur CT scan kepala dalam 24 jam pertama sejak masuk ke rumah sakit dan membantu mengeksklusikan stroke hemoragik.

2. Terapi antiplatelet

Pengobatan pasien stroke iskemik dengan penggunaan antiplatelet 48 jam sejak onset serangan dapat menurunkan risiko kematian dan memperbaiki luaran pasien stroke dengan cara mengurangi volume kerusakan otak yang diakibatkan iskemik dan mengurangi terjadinya stroke iskemik ulangan sebesar 25%. Antiplatelet yang biasa

digunakan diantaranya aspirin, clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dianggap untuk pemberian awal dalam waktu 24 jam dan kelanjutan selama 21 hari. Pemberian aspirin dengan dosis 81-325 mg dilakukan pada sebagian besar pasien. Bila pasien mengalami intoleransi terhadap aspirin dapat diganti dengan menggunakan clopidogrel dengan dosis 75 mg per hari atau dipiridamol 200 mg dua kali sehari. Hasil uji coba pengobatan antiplatelet terbukti bahwa data pada pasien stroke lebih banyak penggunaannya dari pada pasien kardiovaskular akut, mengingat otak memiliki kemungkinan besar mengalami komplikasi perdarahan.

3. Terapi antikoagulan

Terapi antikoagulan sering menjadi pertimbangan dalam terapi akut stroke iskemik, tetapi uji klinis secara acak menunjukkan bahwa antikoagulan tidak harus secara rutin diberikan untuk stroke iskemik akut. Penggunaan antikoagulan harus sangat berhati-hati. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli. Terapi antikoagulan untuk stroke kardioemboli dengan pemberian heparin yang disesuaikan dengan berat badan dan *warfarin (Coumadin)* mulai dengan 5-10 mg per hari. Terapi antikoagulan untuk stroke iskemik akut tidak pernah terbukti efektif. Bahkan di antara pasien dengan fibrilasi atrium, tingkat kekambuhan stroke hanya 5-8% pada 14 hari pertama, yang tidak berkurang dengan pemberian awal antikoagulan akut.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Anamnesis

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomer register, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis.

2. Keluhan utama

Keluhan utamanya adalah rasa nyeri akut atau kronik. Selain itu lansia juga akan kesulitan beraktivitas. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri lansia digunakan menurut :

- a. *Provoking incident* : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri
- b. *Quality of pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan lansia. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk
- c. *Region : Radiation, relief* : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d. *Severity (scale) of pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan lansia, bisa berdasarkan skala nyeri atau lansia menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.
- e. *Time* : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Lokasi fraktur geriatri dalam tiga besar adalah tulang belakang, panggul, dan pergelangan tangan. Trauma berada di peringkat kelima di antara penyebab kematian

pada pasien di atas usia 65 . Pasien geriatri lebih rentan terhadap risiko trauma karena gangguan motorik dan kognitif terkait usia serta kehidupan yang lebih aktif yang mereka jalani saat ini . Bahkan trauma minor dapat menyebabkan cedera parah pada pasien geriatri, dan bila dibandingkan dengan kelompok usia lainnya, angka kematian dan morbiditas lebih tinggi

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitu memiliki riwayat hipertensi, riwayat DM, memiliki penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, riwayat kotrasepsi oral yang lama, riwayat penggunaan obat- obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat keluarga dengan hipertensi, adanya riwayat DM, dan adanya riwayat anggota keluarga yang menderita stroke.

6. Riwayat Psikososial

Adanya keadaan dimana pada kondisi ini memerlukan biaya untuk pengobatan secara komprehensif, sehingga memerlukan biaya untuk pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan yang sangat mahal dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran lansia dan keluarga.

7. Pengkajian Fisik *Age Related Changes* (Perubahan Terkait Proses Menua, yaitu :

a. Fungsi Fisiologis, mengkaji tentang kondisi fisik pasien dan beberapa sistem seperti:

1). Sistem pernapasan dengan melihat adanya bunyi napas tambahan, terdapat retraksi dada, terdapat batuk darah

- 2). Sistem kardiovaskuler dengan melihat ada atau tidaknya nyeri dada, ada atau tidaknya sesak napas, ada atau tidaknya edema
- 3). Sistem perkemihan dengan melihat adanya atau tidaknya nyeri saat BAK, ada atau tidaknya inkontinensia urine, frekuensi urine
- 4). Sistem gastrointestinal dengan melihat ada atau tidaknya kesulitan menelan, mual dan muntah, perubahan nafsu makan, perubahan pola BAB
- 5). Sistem reproduksi dengan melihat adanya lesi atau tidak, impotensi.
- 6). Sistem musculoskeletal dengan melihat ada atau tidaknya fraktur, nyeri sendi, deformitas, dan mengukur skala kekuatan otot. Mengukur skala kekuatan otot dengan interpretasi : 5 = kekuatan otot normal, 4 = kekuatan otot mampu melakukan gerakan normal tetapi tidak bisa melawan tahanan maksimal, 3 = kekuatan otot mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas / badan tetapi tidak bisa melawan tahanan sedang, 2 = kekuatan otot mampu melakukan gerakan dua sendi / lebih tetapi tidak bisa melawan tahanan minimal, 1 = kekuatan otot hanya bisa menggerakkan ujung jari, 0 = kekuatan otot sama sekali tidak bisa digerakkan.
- 7). Sistem persyarafan dapat melihat *GCS* dan 12 nervus yaitu N1 (Olfaktorius) berupa bau-bau an, N2 (Optic) berupa pengelihatan, N3 (Okulomotorik) berupa ukuran pupil, N4 (Trokllear) berupa pergerakan mata dan pupil, N5 (Trigeminal) berupa pergerakan mulut, N6 (Abdusen) berupa pergerakan mata ke arah lateral, N7 (Facialis) berupa pengerutan dahi dan simetris atau tidaknya saat senyum, N8 (Vestibulocochlearis) berupa mendengar suara gesekan pada jari di kedua telinga, N9 (Glossofaringeal) berupa uvula yang tepat berada di tengah, N10 (Vagus) dapat

menelan dengan baik, N11 (Aksesorius) dapat menoleh leher tanpa menggerakkan bahu, N12 (Hipoglosusa) dapat berbicara dengan normal dan menjulurkan lidah.

- b. Potensi Pertumbuhan
- c. Psikososial dan spriritual
- d. Lingkungan
- e. *Negative Funtional Consequences.*
- f. Mengkaji tentang :Kemampuan ADL

Tabel 2. 1 Indeks Barthel dalam Pemenuhan Kemandirian Lansia

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	
2	Mandi	0	5	
3	Makan	5	10	
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	
5	Naik/Turun Tangga	5	10	
6	Berpakaian	5	10	
7	Kontrol BAB	5	10	
8	Kontrol BAK	5	10	
9	Ambulasi	10	15	
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	

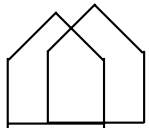
Interpretasi:

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

8. Aspek Kognitif

Bertujuan untuk melengkapi dan menilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostic. Pengkajian ini menguji aspek kognitif dari fungsi mental orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 2.2 Pengkajian MMSE (*Mini Mental Stase Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun : Hari:..... Musim : Bulan:..... Tanggal :
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada ? Negara: Panti : Propinsi: Wisma : Kabupaten/kota:
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3). Kertas
4	Perhatiandankalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9		Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). 1). 2).
				3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : 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 
Total nilai		30		

Interpretasi hasil :

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan :

9. Tingkat Kerusakan Intelektual

Tabel 2.3 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			

Intepretasi : Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan

salah= 0, fungsi intelektual utuh Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Ket :

a) Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar

b) Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas

Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk subjek kulit hitam dengan menggunakan kriteria pendidikan yang sama

10. Tingkat Keseimbangan

Tabel 2.4 *Time Up Go Test*

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1		
2		
3		
Rata-rata Waktu TUG		
Interpretasi Hasil		

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

>13,5 detik	Resiko tinggi jatuh
>24 detik	Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan
>30 detik	Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

(Bohannon: 2006; Shumway-Cook, Brauer & Woolcott: 2000; Kristensen, Foss & Kehlet: 2007; Podsiadlo & Richardson: 1991)

11. Kecemasan, GDS :

Tabel 2.5 Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	
Jumlah				

(*Geriatric Depressioin Scale (Short Form) dari Yesafage (1983) dalam Gerontological Nursing, 2006*)

Interpretasi : Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

12. Status Nutrisi

Tabel 2.6 Status Nutrisi

No	Indikators	Score	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	

3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	
7.	Lebih sering makan sendirian	1	
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	
Total score			

(*American Dietetic Association and National Council on The Aging dalam Introductory Gerontological Nursing, 2001*)

Interpretasi (Yang di centang aja yang dijumlah) :

0-2 : *Good*

3-5 : *Moderate nutritional risk*

6 \geq : *Gigh nutritional risk*

13. Hasil pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

Tabel 2.7 Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

No	Jenis pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1	Laboratorium		
2	Radiologi		
3	ECG		
4	USG		
5	CT-Scan		
6	Lainnya		

14. Fungsi Sosial Lansia

APGAR Keluarga Dengan Lansia. Alat Skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia.

Tabel 2.8 Fungsi sosial lansia

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman)saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan	<i>ADAPTATION</i>	

2.3.1 Intervensi

Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal.124, D. 0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan motivasi meningkat dengan kriteria hasil : a. Inisiatif meningkat b. Harga diri positif meningkat c. Keyakinan positif meningkat (SLKI, hal. 67, L.09080)	Observasi 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring (sakit punggung) Terapeutik 3. Posisikan senyaman mungkin semi foler/ supine 4. Pertahankan sprengi tetap kering, bersih, dan tidak kusut 5. Pertahankan kebersihan pasien 6. Ubah posisi setiap 2 jam Edukasi 7. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring (SIKI, hal. 350, I.14572)
2	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (SDKI, hal. 172, D. 0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Kesulitan tidur menurun c. Tekanan darah membaik d. Frekuensi nadi membaik (SLKI, hal 148, L.08066)	Observasi 1. Identifikasi skala nyeri 0-10 Terapeutik 2. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi berdoa dan berdzikir 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi berdoa dan berdzikir Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian analgesik (SIKI, hal. 201, I.08238)
3	Gangguan pola tidur b.d	Setelah dilakukan asuhan keperawatan	Observasi

	<p>hambatan lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)</p>	<p>selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan sulit tidur menurun Keluhan sering terjaga menurun Keluhan tidur tidak puas menurun <p>(SLKI, hal. 96, L. 05045)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan yaitu teknik relaksasi napas dalam <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi napas dalam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan mengambil posisi nyaman semi fowler/supine Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam yang dipilih <p>(SIKI, hal. 436, I.09326)</p>
4	<p>Defisit perawatan diri b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat Minat melakukan perawatan diri meningkat Mempertahankan kebersihan diri meningkat <p>(SLKI, hal. 81, L. 11103)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia yaitu mandi, sisiran <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Jadwalkan rutinitas perawatan diri mandi dan gosok gigi saat pagi dan sore hari <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan seperti membasuh muka saat mandi

2.3.3 Implementasi

Komponen tahap implementasi:

- 1) Tindakan keperawatan mandiri
- 2) Tindakan keperawatan kolaboratif
- 3) Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

2.3.4 Evaluasi

Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana:

S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. AC dengan Diagnosis Medis Stroke dan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang dimulai dari tahapan pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, serta evaluasi keperawatan.

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Tn. AC berjenis kelamin laki-laki, usia 80 tahun, beragama Islam, dari suku Jawa, bertempat tinggal di Malang. Klien berstatus cerai mati, riwayat pendidikan suara rakyat (sekolah dasar), riwayat pekerjaan wiraswasta (bengkel sendiri) dengan riwayat sumber pendapatan yang tidak tetap. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama \pm 5 tahun dan tidak ada keluarga yang dapat dihubungi. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Desember 2022.

3.1.2 Keluhan Utama

Keluhan utama klien mengatakan tangan dan kaki kiri lemah atau susah untuk digerakkan, klien mengeluh pusing, klien mengatakan hanya tirah baring saja.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan yang dirasakan klien sudah selama \pm 4 tahun yang lalu. Awalnya klien hanya stroke tangan kiri saja karena hanya tirah baring dan tidak melakukan aktifitas, stroke yang dirasakan semakin buruk sehingga membuat tangan dan kaki sebelah kiri klien kaku serta terasa nyeri saat digerakkan, lansia mengatakann susah untuk mencoba menggerakkan tangan dan kakinya kalau tidak dengan bantuan.

3.1.4 *Age Related Changes* (Perubahan Terkait Proses Menua)

1. Kondisi Umum

Lansia tidak merasa kelelahan, tidak terdapat perubahan nafsu makan, lansia merasa tidurnya kurang (2-3 jam saja dan jika mendengar suara langsung terbangun), kemampuan adl perlu bantuan karena klien hanya tirah baring. BB : 51 kg, TB : 151 cm, suhu 36,5 °C, nadi : 115 x/menit, tekanan darah : 145/100 mmHg, respirasi : 20 x/menit.

2. Integumen

Lansia mengatakan tidak terdapat lesi/luka, terdapat pruritus (gatal) di kepala, tidak terdapat perubahan pigmen, tidak terdapat memar, akral hangat, turgor kulit elastis.

3. *Hematopoietic*

Tidak terdapat perdarahan abnormal, tidak terdapat pembengkakan limfe, tidak anemia.

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

Kepala lansia bentuk simetris, tidak terdapat benjolan, rambut dominan putih, gatal pada kulit kepala, pusing hilang timbul (P : nyeri sakit kepala. Q : nyeri cekot-cekot. R : kepala bagian atas. S : skala 5 dari (0-10). T : hilang timbul).

2. Mata

Mata klien tampak konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, penglihatan tidak kabur, tidak tampak peradangan pada kedua mata, tidak tampak strabismus pada mata, tidak mempunyai riwayat katarak.

3. Telinga

Telinga klien tampak tidak mengalami penurunan pendengaran, klien tampak tidak menggunakan alat bantu, tidak terdapat serumen berlebih, kebersihan telinga tampak baik.

4. Hidung Sinus

Hidung klien tampak tidak ada gangguan penciuman, bentuk simetris,, tidak terdapat rinorea (hidung meler), tidak terdapat epistaksis (mimisan).

5. Mulut dan Tenggorokan

Mulut dan tenggorokan klien berbentuk simetris, tidak terdapat nyeri telan dan mengunyah, mukosa bibir lembab, tidak terdapat perdarahan pada gusi, tidak terdapat lesi, tidak terdapat gigi palsu.

6. Leher

Leher klien tampak tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, nyeri kaku dileher (P : nyeri sakit kepala. Q : nyeri cekot-cekot. R : kepala bagian atas. S : skala 5 dari (0-10). T : hilang timbul).

7. Pernapasan

Pernapasan pada klien tidak tampak pendek, tidak tampak hemoptysis (batuk darah), tidak terdapat retraksi, tidak wheezing, tidak ada ronchi, tidak ada asma.

8. Kardiovaskuler

Kardiovaskuler pada klien tampak tidak ada chest pain (nyeri dada), tidak tampak palpitasi (jantung berdebar berlebihan), tidak terdapat dyspnea (sesak napas), tidak terdapat edema.

9. Gastrointestinal

Klien tampak tidak ada kesulitan menelan (*dysphagia*), tidak terdapat *nausea* (mual) dan *vomiting* (muntal), tidak terdapat perubahan nafsu makan, tidak terdapat *melena* (feses hitam), tidak terdapat perubahan pola BAB (BAB 1 hari sekali), tidak terdapat *jaundice* (penyakit kuning), tidak terdapat *hemoroid* (wasir).

10. Perkemihan

Klien tampak tidak merasa nyeri saat BAK, klien juga tidak *inkontinesia urine*, frekuensi \pm 1000 ml menggunakan pampers.

11. Reproduksi

Tidak terdapat lesi, tidak terdapat *testicular pain*, tidak terdapat *testicular massa*, tidak terdapat *impotensi*.

12. Muskuloskeletal

Tidak ditemukan *fraktur*, tidak terdapat nyeri sendi, tidak terdapat *bengkak*, tidak terdapat *kaku sendi*, tidak terdapat *deformitas*, tidak terdapat *spasme* (kejang), tidak terdapat *kram*. Kekuatan otot ekstermitas atas 1111/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 1111/5555.

13. Persyarafan

GCS : E4 V5 M6, CRT <2 detik, klien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang diberikan perawat, akral teraba hangat.

Pengkajian nyeri : lansia mengatakan merasa pusing. P : nyeri sakit kepala. Q : nyeri cekot-cekot. R : kepala bagian atas. S : skala 5 dari (0-10). T : hilang timbul.

Pengkajian Nervus : NI (*Olfactorius*): klien dapat mencium aroma minyak kayu putih. NII (*Optic*): dapat melihat dengan baik. NIII (*Okulomotor*) : pergerakan pupil

simetris, pupil isokor +/-+. NIV (*Troklear*) : pergerakan mata baik, dapat menggerakkan pupil ke kanan dan kekiri. NV (*Trigeminal*) : dapat membuka mulut dan mengunyah. NVI (*Abdusen*) : pergerakan mata baik, dapat menggerakkan mata kearah lateral. NVII (*Facialis*) : dapat mengerutkan dahi, dan senyum simetris. NVIII (*Vestibulocochlearis*) : dapat mendengarkan suara jentikan jari pada kedua telinga. NIX (*Glossofaringeal*) : uvula berada ditengah. NX (*Vagus*): dapat menelan dengan baik. NXI (*Aksesorius*): mampu menoleh leher tanpa menggerakkan bahu. NXII (*Hipoglosusa*): dapat berbicara normal dan menjulurkan lidah

3.1.6 Potensi Pertumbuhan Psikososial dan Spiritual

Klien tampak tidak cemas, tidak depresi, tidak ketakutan mekanisme koping tampak baik. Klien menganggap kematian merupakan hal yang wajar dan klien tetap menjalankan ibadahnya meskipun hanya tirah baring. Klien dapat beradaptasi dengan lingkungan disekitarnya. Saat akan melaksanakan sholat klien tayamum di tempat tidurnya. Meskipun hanya tirah baring klien mampu berinteraksi dengan teman sebelahnya.

3.1.7 Lingkungan

Tempat tidur klien bersih hanya saja berantakan dan tidak mau diberi sprengi karena merasa gatal jika diberi sprengi.

3.1.8 Negative Functional Consequences

1. Kemampuan ADL

Pengkajian tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel) dengan 10 kriteria didapatkan Interpretasi : Tingkat kemandirian Tn. AC dalam kehidupan sehari-hari menggunakan indeks barthel didapatkan interpretasi 45 (ketergantungan berat).

2. Aspek Kognitif

Pengkajian MMSE (*Mini Mental Status Exam*) didapatkan Tn. AC mampu menjawab 27 pertanyaan dari 30 pertanyaan maka didapatkan hasil interpretasi 27 (tidak ada gangguan kognitif).

3. Tingkat Kerusakan Intelektual

Pengkajian SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questioner*) didapatkan interpretasi hasil dengan diajukan 10 pertanyaan dan Tn. AC menjawab 9 pertanyaan dengan benar 1 pertanyaan salah. Maka didapatkan hasil interpretasi 1 (fungsi intelektual utuh)

4. Tes Keseimbangan

Pengkajian *Time Up Go Test* pada klien tidak terkaji karena Tn. AC hanya tirah baring.

5. Kecemasan

Pengkajian Depresi *Geriatric Depression Scale* terdapat 15 pertanyaan yang diajukan kepada Tn. AC didapatkan interpretasi pada pengkajian depresi menggunakan *Geriatric Depression Scale* 4 (tidak depresi).

6. Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada Tn. AC didapatkan hasil determinan nutrisi pada lansia 2 (*Good*).

7. Hasil pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

Pemeriksaan diagnostik / penunjang pada tanggal 20 Desember 2022 didapatkan tanda-tanda vital dengan tekanan darah : 145/100 mmHg, nadi : 115 x/menit, suhu : 36,5°C, respirasi : 20 x/menit. Untuk terapi obat yang diberikan

Amplodipin 5 mg dengan waktu pemberian 0.0.1, HCT (*Hydrochlorothiazide*) 25 mg dengan waktu pemberian 1.0.0, Becom C dengan waktu pemberian 1.0.0.

8. Fungsi Sosial Lansia

Alat skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial Tn. AC dengan menggunakan APGAR keluarga dengan lansia didapatkan interpretasi hasil 0 (disfungsi berat).

3.2 Analisis Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan				
1	DS : - Lansia mengatakan susah/lemah tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri DO : - Rentang gerak menurun - Gerakan terbatas - Didapatkan interpretasi hasil indeks barthel 45 (ketergantungan berat) - Kekuatan otot menurun <table border="1" data-bbox="469 898 804 1061"> <tr> <td>1111</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>1111</td> <td>5555</td> </tr> </table>	1111	5555	1111	5555	Gangguan Muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, hal. 24, D.0054)
1111	5555						
1111	5555						
2	DS : - Lansia mengatakan merasa pusing P : nyeri sakit kepala bagian atas Q : nyeri cekot-cekot R : kepala bagian atas S : skala 5 dari (0-10) T : hilang timbul DO : - Lansia tampak sulit tidur - Tekanan darah 145/100 mmHg - Frekuensi nadi 115 x/menit - Lansia tampak meringis - Lansia tampak gelisah	Agen Pencedera Fisiologis (stroke)	Nyeri Akut (SDKI, hal 172, D.0077)				
3	DS : - Lansia mengatakan saat tidur sering terbangun jika mendengar suara DO : - Lansia tampak sulit tidur - Lansia tampak sering terjaga	Hambatan Lingkungan	Gangguan Pola Tidur (SDKI, hal 126, D. 0055)				

	<ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak tidak puas tidur - Lansia hanya tidur 2-3 jam saja 		
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia menolak untuk diganti spreinya karena takut gatal <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak tidak mampu mandi/ mengenakan/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri - Lansia tampak kurang minat melakukan perawatan diri kurang 	Gangguan Muskuloskeletal	Defisit Perawatan Diri (SDKI, hal. 240, D.0109)

3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal.124, D. 0054)
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (stroke) (SDKI, hal. 172, D. 0077)
3. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)
4. Defisit perawatan diri b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)

3.4 Rencana Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal.124, D. 0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan motivasi meningkat dengan kriteria hasil : a. Inisiatif meningkat b. Harga diri positif meningkat c. Keyakinan positif meningkat (SLKI, hal. 67, L.09080)	Observasi 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring (sakit punggung) Terapeutik 3. Posisikan senyaman mungkin semi foler/ supine 4. Pertahankan spreï tetap kering, bersih, dan tidak kusut 5. Pertahankan kebersihan pasien 6. Ubah posisi setiap 2 jam (miring ke kanan / kiri) Edukasi 7. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring (SIKI, hal. 350, I.14572)	Observasi 1. Agar mengetahui kondisi kulit klien 2. Agar mengetahui apakah selama tirah baring klien merasakan sakit punggung Terapeutik 3. Agar klien merasa nyaman dengan posisinya 4. Agar klien tidak tetap merasa nyaman karena lingkungan sekitarnya 5. Agar klien tetap terlihat bersih dan rapi 6. Agar mencegah munculnya luka decubitus Edukasi 7. Agar klien mengetahui tujuan tirah baring
2	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI, hal. 172, D. 0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun	Observasi 1. Identifikasi skala nyeri 0-10	Observasi 1. Agar meengetahui skala nyeri klien dari 0-10

		<p>b. Kesulitan tidur menurun c. Tekanan darah membaik d. Frekuensi nadi membaik (SLKI, hal 148, L.08066)</p>	<p>Terapeutik 2. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi berdzikir dan berdoa 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi berdoa dan berdzikir Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian analgesik (SIKI, hal. 201, I.08238)</p>	<p>Terapeutik 2. Agar klien mempunyai teknik untuk mengurangi nyerinya dengan teknik nonfarmakologis Edukasi 3. Agar mengurangi nyeri yang dirasakan klien dengan memfasilitasi istirahat dan tidur 4. Agar klien dapat berlatih secara mandiri teknik nonfarmakologis yang telah diajarkan Kolaborasi 5. Agar mengurangi rasa nyeri dengan pemberian obat</p>
3	<p>Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan tidur tidak puas menurun</p>	<p>Observasi 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan yaitu teknik relaksasi napas dalam Terapeutik 2. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman 3. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi napas dalam</p>	<p>Observasi 1. Agar mengetahui teknik relaksasi yang pernah digunakan Terapeutik 2. Agar klien merasa lingkungannya tenang dan tanpa gangguan 3. Agar klien mengetahui persiapan dan prosedur apa</p>

		(SLKI, hal. 96, L. 05045)	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan mengambil posisi nyaman semi fowler/supine 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam yang dipilih <p>(SIKI, hal. 436, I.09326)</p>	<p>saja untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Agar klien merasa nyaman dengan posisinya 5. Agar klien ingat dan terbiasa dengan teknik relaksasi yang telah dipilih
4	Defisit perawatan diri b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat b. Minat melakukan perawatan diri meningkat c. Mempertahankan kebersihan diri meningkat <p>(SLKI, hal. 81, L. 11103)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia yaitu mandi, sisiran <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jadwalkan rutinitas perawatan diri mandi dan gosok gigi saat pagi dan sore hari <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan seperti membasuh muka saat mandi <p>(SIKI, hal. 36, I. 11348)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui kebiasaan perawatan diri yang dilakukan sesuai usia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Agar rutinitas perawatan diri yang dilakukan klien dapat terlaksana sesuai jadwal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Agar klien tetap melakukan perawatan diri yang sesuai dengan kemampuannya

8.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Tgl & Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	20.12.22 08.00 08.30 09.10 10.00 11.00 12.10 13.00	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal.124, D. 0054)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kondisi kulit klien tampak utuh, turgor kulit elastis, akral hangat 2. Memonitor komplikasi tirah baring yang dirasakan klien sakit punggung 3. Memposisikan klien senyaman mungkin dengan posisi semi fowler atau setengah duduk 4. Mempertahankan sprengi klien tetap kering, bersih, dan tidak kusut 5. Mempertahankan kebersihan klien dengan membersihkan nasi yang jatuh saat makan, menata botol minum klien dekat dengan jangkauannya 6. Mengubah posisi setiap 2 jam miring kanan/kiri 7. Menjelaskan tujuan dilakukan tirah baring agar tidak memperburuk kondisi klien dengan adanya luka dekubitus, kekakuan sendi 	NA NA NA NA NA	20.12.22 14.00	<p>Dx 1 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal.124, D. 0054)</p> <p>S : klien mengatakan susah menggerakkan kaki dan tangan sebelah kiri</p> <p>O : klien tampak masih belum berinisiatif, klien tampak mulai berkeyakinan positif, harga diri positif klien tampak mulai meningkat</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</p>	NA

2	20.12.22 08.00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI, hal. 172, D. 0077)	1. Mengidentifikasi skala nyeri lansia 5 (0-10)	NA	20.12.22 14.00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI, hal. 172, D. 0077)	NA
	08.30		2. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi dengan berdoa dan berdzikir	NA			
	09.10		3. Memfasilitasi istirahat dan tidur siang kurang lebih 1-2 jam	NA			
	10.00		4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu dengan berdoa agar sehat dan berdzikir untuk mengurangi rasa nyeri	NA			
	11.00		5. Memberikan hydrochlorothiazide 25 mg dan becom c	NA			
						S : lansia mengatakan masih pusing. P : nyeri sakit kepala, Q : nyeri cekot-cekot, R : kepala bagian atas, S : skala 5 dari (0-10), T : hilang timbul. O : lansia mengatakan masih merasakan nyeri, lansia mengatakan masih kesulitan tidur, tekanan darah lansia 145/100 mmHg, frekuensi nadi lansia 115 x/menit. A : masalah teratasi sebagian P : intervensi 1,3,4,5 dilanjutkan	
3	20.12.22 08.00	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	1. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan yaitu teknik relaksasi napas dalam	NA	20.12.22 14.00	Dx 3 : Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)	

	08.30 09.10 10.00 11.00	(SDKI, hal. 126, D.0055)	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan menyalakan kipas 3. Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi : memposisikan pasien dengan nyaman, berikan kerileksan pada otot-otot, mengkosongkan pikiran, atur pernafasan dengan hidung lalu keluarkan dari mulut, lakukan secara berulang 4. Menganjurkan mengambil posisi nyaman semi fowler/setengah duduk 5. Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam yang dipilih jika merasa nyeri 	NA NA NA NA		<p>S : lansia mengatakan sering terbangun saat tidur jika ada suara</p> <p>O : keluhan sulit tidur tampak mulai menurun, keluhan sering terjaga tampak menurun, keluhan tidur tidak puas tampak menurun.</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi 2,4,5 dilanjutkan</p>	NA
4	20.12.22 08.00 08.30	Defisit perawatan diri b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia yaitu mandi, 2 kali sehari, berdandan (sisiran) 2. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri mandi, mengosok gigi di pagi hari dan sore hari 	NA	20.12.22 14.00	<p>Dx 4 : Defisit perawatan diri b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)</p> <p>S : lansia mengatakan mau diganti spreinya jika sudah kotor</p>	

	09.10		3. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan membasuh muka dengan air seka yang telah disediakan saat mandi	NA NA		O : lansia tampak menyampaikan keinginannya untuk melakukan perawatan diri, minat lansia melakukan perawatan mulai tampak meningkat, lansia tampak ingin mempertahankan kebersihan dirinya A : masalah teratasi sebagian P : intervensi 2,3 dilanjutkan	NA
--	-------	--	---	--------------	--	---	----

No	Tgl & Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	21.12.22 08.00	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal.124, D. 0054)	1. Memonitor kondisi kulit lansia tampak utuh, turgor kulit elastis, akral hangat	NA	21.12.22 14.00	Dx 1 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal.124, D. 0054) S : lansia mengatakan masih susah menggerakkan kaki dan tangan sebelah kiri O : lansia tampak mulai berinisiatif, lansia tampak mulai berkeyakinan positif, harga diri positif lansia tampak mulai meningkat A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi 1,2,3, 5,6 dilanjutkan	NA
	08.30		2. Memonitor komplikasi tirah baring yang dirasakan lansia sakit punggung	NA			
	09.10		3. Memposisikan lansia senyaman mungkin dengan posisi semi fowler atau setengah duduk	NA			
	10.00		4. Mempertahankan sprej lansia tetap kering, bersih, dan tidak kusut	NA			
	11.00		5. Mempertahankan kebersihan lansia dengan membersihkan nasi yang jatuh saat makan, menata botol minum lansia dekat dengan jangkauannya	NA			
	12.00		6. Mengubah posisi setiap 2 jam (miring kanan/kiri)	NA			
2	21.12.22 08.00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI, hal. 172, D. 0077)	1. Mengidentifikasi skala nyeri lansia 4 (0-10)	NA	21.12.22 14.00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI, hal. 172, D. 0077) S : lansia mengatakan masih pusing. P : nyeri sakit kepala,	
	08.30		2. Memfasilitasi istirahat dan tidur siang kurang lebih 1-2 jam	NA			
	09.10		3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu dengan				

	10.00		berdoa agar sehat dan berdzikir untuk mengurangi rasa nyeri 4. Memberikan hydrochlorothiazide 25 mg dan becom c	NA		Q : nyeri cekot-cekot, R : kepala bagian atas, S : skala 4 dari (0-10), T : hilang timbul. O : lansia mengatakan masih merasakan sedikit nyeri, lansia mengatakan masih sedikit kesulitan tidur, tekanan darah lansia 135/90 mmHg, frekuensi nadi lansia 105 x/menit. A : masalah teratasi sebagian P : intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan	NA
3	21.12.22 08.00 08.30 09.10	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)	1. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan menyalakan kipas 2. Menganjurkan mengambil posisi nyaman semi fowler/setengah duduk 3. Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam yang dipilih jika merasa nyeri	NA NA NA	21.12.22 14.00	Dx 3 : Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055) S : lansia mengatakan sering terbangun saat tidur jika ada suara O : keluhan sulit tidur tampak mulai menurun,	NA

						keluhan sering terjaga tampak menurun, keluhan tidur tidak puas tampak menurun. A : masalah teratasi sebagian P : intervensi 1,2,3 dilanjutkan	
4	21.12.22 08.00 08.30 09.10	Defisit perawatan diri b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia yaitu mandi, 2 kali sehari, berdandan (sisiran) 2. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri mandi, mengosok gigi di pagi hari dan sore hari 3. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan membasuh muka dengan air seka yang telah disediakan saat mandi	NA NA NA	22.12.22	Dx 4 : Defisit perawatan diri b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109) S : lansia mengatakan mau membersihkan tempat tidurnya O : lansia tampak ingin menyampaikan untuk melakukan perawatan diri, minat lansia melakukan perawatan tampak meningkat, lansia tampak ingin mempertahankan kebersihan dirinya	NA

						A : masalah teratasi sebagian P : intervensi 2,3 dilanjutkan	
--	--	--	--	--	--	---	--

No	Tgl & Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	22.12.22 08.00 08.30 09.10 10.00 11.00 12.00	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal.124, D. 0054)	1. Memonitor kondisi kulit lansia tampak utuh, turgor kulit elastis, akral hangat 2. Memonitor komplikasi tirah baring yang dirasakan lansia sakit punggung 3. Memosisikan lansia senyaman mungkin dengan posisi semi fowler atau setengah duduk 4. Mempertahankan sprej lansia tetap kering, bersih, dan tidak kusut 5. Mempertahankan kebersihan lansia dengan membersihkan nasi yang jatuh saat makan, menata botol minum lansia dekat dengan jangkauannya 6. Mengubah posisi setiap 2 jam miring kanan/kiri	NA NA NA NA NA	22.12.22	Dx 1 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal.124, D. 0054) S : lansia mengatakan masih susah menggerakkan kaki dan tangan sebelah kiri O : lansia tampak berinisiatif, lansia tampak berkeyakinan positif, harga diri positif lansia tampak meningkat A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi 3,4,5 dilanjutkan	NA
2	22.12.22 08.00 08.30	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI, hal. 172, D. 0077)	1. Mengidentifikasi skala nyeri lansia 3 (0-10) 2. Memfasilitasi istirahat dan tidur siang kurang lebih 1-2 jam	NA NA	22.12.22 14.00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI, hal. 172, D. 0077) S : lansia sudah tidak pusing. P : nyeri sakit kepala, Q :	

	09.10 10.00		<p>3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu dengan berdoa agar sehat dan berdzikir untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>4. Memberikan hydrochlorothiazide 25 mg dan becom c</p>	NA NA		<p>nyeri cekot-cekot, R : kepala bagian atas, S : skala 3 dari (0-10), T : hilang timbul.</p> <p>O : lansia mengatakan sudah tidak merasakan nyeri, lansia mengatakan sudah mudah tidur, tekanan darah lansia 125/90 mmHg, frekuensi nadi lansia 98 x/menit.</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	NA
3	22.12.22 08.00 08.30 09.10	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)	<p>1. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan menyalakan kipas</p> <p>2. Menganjurkan mengambil posisi nyaman semi fowler/setengah duduk</p> <p>3. Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam yang dipilih jika merasa nyeri</p>	NA NA NA	22.12.22 14.00	<p>Dx 3 : Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)</p> <p>S : lansia mengatakan sudah dapat tidur dengan nyenyak</p> <p>O : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga tampak menurun, keluhan tidur tidak puas tampak menurun.</p>	NA

						A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	
4	21.12.22 08.00 08.30 09.10	Defisit perawatan diri b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia yaitu mandi, 2 kali sehari, berdandan (sisiran) 2. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri mandi, mengosok gigi di pagi hari dan sore hari 3. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan membasuh muka dengan air seka yang telah disediakan saat mandi 	NA NA NA	22.12.22 14.00	Dx 4 : Defisit perawatan diri b.d gangguan musculoskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109) S : lansia mengatakan ingin tempat tidurnya selalu bersih O : lansia tampak ingin melakukan perawatan diri, minat lansia melakukan perawatan tampak meningkat, lansia tampak ingin mempertahankan kebersihan dirinya A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	NA

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Masalah yang ditemukan selama melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. AC Dengan Diagnosis Medis Stroke dan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya adalah sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

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

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan, nama Tn. AC bertempat tinggal di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, Tn. AC berjenis kelamin laki-laki, usia 80 tahun, beragama Islam, dari suku Jawa, bertempat tinggal di Malang. lansia berstatus cerai mati, riwayat pendidikan suara rakyat (sekolah dasar), riwayat pekerjaan wiraswasta (bengkel sendiri) dengan riwayat sumber pendapatan yang tidak tetap. lansia sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama \pm 5 tahun dan tidak ada keluarga yang dapat dihubungi.

Usia merupakan salah satu faktor risiko yang tidak dapat diubah, semakin bertambahnya usia, elastisitas pembuluh darah juga mengalami penurunan fungsi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Suwaryo, seluruh responden dalam penelitiannya berada pada rentang usia 50 tahun ke atas (Ristonilassius, 2022). Stroke dapat terjadi pada semua umur namun lebih dari 70% kasus stroke terjadi pada usia diatas 65 tahun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dimana stroke tidak hanya terjadi pada usia lansia, namun juga terjadi pada responden yang belum berumur lansia. Peningkatan jumlah penderita stroke seiring dengan peningkatan umur, berhubungan dengan proses penuaan dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis dan terutama bagian endotelnya mengalami penebalan pada intimanya sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah menjadi semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah ke otak (Kusumarini, 2021). Pembuluh darah mengalami penurunan elastisitasnya terutama bagian endotel akan mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga lumen pembuluh darah semakin menyempit dan akan berdampak pada penurunan aliran darah otak (Sjarqiah, 2022).

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan karena pada kasus stroke usia lanjut masuk ke dalam seseorang yang berisiko terkena masalah kesehatan yang akan berkembang lebih buruk karena perubahan fisik, psikologis, dan kognitif.

4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

Keluhan utama lansia mengatakan tangan dan kaki kiri lemah atau susah untuk digerakkan, lansia mengeluh pusing, lansia mengatakan hanya tirah baring

saja. Keluhan yang dirasakan lansia sudah selama \pm 4 tahun yang lalu. Awalnya lansia hanya stroke tangan kiri saja karena hanya tirah baring dan tidak melakukan aktifitas, stroke yang dirasakan semakin buruk sehingga membuat tangan dan kaki sebelah kiri lansia kaku serta terasa nyeri saat digerakkan, lansia mengatakann susah untuk mencoba menggerakkan tangan dan kakinya kalau tidak dengan bantuan.

Stroke merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan nomor dua di seluruh dunia dengan angka kejadian lebih dari 13 juta kasus baru setiap tahunnya (Yekti, 2022). Stroke merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan nomor dua di seluruh dunia dengan angka kejadian lebih dari 13 juta kasus baru setiap tahunnya (Ristonilassius, 2022). Penyebab kejadian stroke terbagi menjadi dua, yang pertama adalah faktor-faktor yang tidak dapat diubah misalnya usia, genetik, jenis kelamin. 90 % faktor resiko kejadian stroke dapat diubah, contohnya hipertensi, merokok, diabetes mellitus, hiperlipidemia (kolesterol) dan gaya hidup yang kurang beraktivitas (Manefo S.R., Budiati ,E., & Maritasari ,D.Y., 2021). Stroke timbul karena perdarahan, tekanan intra kranial yang meninggi, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Modifikasi pola hidup dengan mematuhi diet merupakan langkah pencegahan yang baik. Apabila penyakit ini tidak terkontrol, akan menyerang target organ, dan dapat menyebabkan serangan jantung, stroke,

gangguan ginjal, serta kebutaan. Dari beberapa penelitian dilaporkan bahwa penyakit hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan peluang tujuh kali lebih besar terkena Stroke (Permatasari, 2020).

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan karena pada kasus stroke kerusakan organ target pada otak yang diakibatkan oleh Hipertensi. Pengendalian yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kejadian Hipertensi adalah dengan melakukan program gaya hidup sehat, modifikasi gaya hidup membantu termasuk pengurangan berat badan, pembatasan natrium, diet banyak makan buah, sayuran dan hasil olahan rendah lemak, olahraga teratur, dan tidak berlebihan konsumsi alkohol.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnose keperawatan yang aktual maupun resiko, dalam pemriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Tn. AC. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan *head to toe* sebagai berikut :

Sistem Muskuloskeletal : Pada Tn. AC didapatkan kelemahan pada kekuatan otot ekstermitas atas 1111/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 1111/5555, tidak terdapat edema, rentang gerak terbatas, seluruh aktivitas dibantu oleh perawat.

Pasien stroke mengalami kelainan dari otak sebagai susunan saraf pusat yang mengontrol dan mencetuskan gerak dari sistem neuron muskulokeletal. Secara klinis gejala yang sering muncul adalah adanya hemiparesis atau hemiplegi yang menyebabkan hilangnya mekanisme refleks postural normal untuk keseimbangan dan rotasi tubuh untuk gerak-gerak fungsional pada ekstermitas. Gangguan sensoris dan motorik post stroke mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk

kelemahan otot penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik pada pasien stroke mengakibatkan hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur (kemampuan untuk mempertahankan posisi tertentu) dan juga stroke dapat menimbulkan cacat fisik yang permanen. Konsekuensi paling umum dari stroke adalah hemiplegi atau hemiparesis, bahkan 80 persen penyakit stroke menderita hemiparesis atau hemiplegi yang berarti satu sisi tubuh lemah atau bahkan lumpuh (Putri, 2021). Stroke adalah suatu penyakit cerebrovascular dimana terjadinya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak. Manifestasi stroke meliputi hemiparesis transien (tidak permanen), kehilangan kemampuan berbicara, dan kehilangan sensori setengah / hemisensori (Ayubbana, 2022).

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan karena pada kasus stroke terjadi gangguan fungsi otak sehingga suplai darah ke otak dapat terganggu dan menimbulkan kelemahan pada salah satu sisi tubuh atau ketidakmampuan untuk menggerakkan anggota tubuh pada salah satu sisi

4.1.4 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 respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI T. P., 2016).

4. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal (SDKI, hal. 124, D.0054)

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Ditandai dengan gejala mayor yang meliputi : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, *range of motion* menurun. Sedangkan gejala minor ditandai dengan : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI P. S., 2016).

Pada pengkajian Tn. AC didapatkan data untuk gejala dan tanda mayor yang muncul rentang gerak menurun, kekuatan otot ekstermitas atas 1111/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 1111/5555, sedangkan data untuk gejala dan tanda minor yang muncul gerakan terbatas sehingga penulis mengambil diagnose keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

5. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis (SDKI, hal. 172, D.0077)

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Ditandai dengan gejala dan tanda mayor yang meliputi : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Sedangkan gejala dan tanda minor meliputi : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah,

proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (PPNI T. P., 2016).

Pada pengkajian Tn. AC didapatkan data untuk gejala dan tanda mayor yang muncul lansia mengatakan pusing (P : nyeri sakit kepala bagian atas, Q : nyeri cekot-cekot, R : kepala bagian atas, S : skala 5 dari (0-10), T : hilang timbul), tampak meringis, tampak gelisah, frekuensi nadi 115 x/menit, tampak sulit tidur, sedangkan data untuk gejala dan tanda minor yang muncul tekanan darah 145/100 mmHg sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

3 Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Hambatan Lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Ditandai dengan gejala dan tanda mayor yang meliputi : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Sedangkan gejala dan tanda minor meliputi : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (PPNI T. P., 2016).

Pada pengkajian Tn. AC didapatkan data untuk gejala dan tanda mayor yang muncul mengeluh sulit tidur, tampak sering terjaga, tampak tidak puas tidur sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

4. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)

Defisit perawatan diri merupakan tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Ditandai dengan gejala dan tanda mayor yang meliputi :

menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi / mengenakan pakaian / makan / ke toilet / berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang (PPNI T. P., 2016).

Pada pengkajian Tn. AC didapatkan data untuk gejala dan tanda mayor menolak melakukan perawatan diri tidak mampu mandi / mengenakan pakaian / makan / ke toilet / berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

4.1.5 Tujuan dan Intervensi Keperawatan

Tujuan keperawatan merupakan tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penentuan untuk memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis (PPNI T. P., 2019). Intervensi keperawatan adalah segala bentuk *treatment* yang dikerjakan oleh perawat dan didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (PPNI T. P., 2018)

6. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal (SDKI, hal. 124, D.0054)

Tujuan yang ingin dicapai penulis dalam intervensi gangguan mobilitas fisik yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan motivasi meningkat dengan kriteria hasil : Inisiatif meningkat, Harga diri positif meningkat, Keyakinan positif meningkat (PPNI T. P., 2019)

Intervensi yang diberikan adalah Observasi Monitor kondisi kulit, Monitor komplikasi tirah baring (sakit punggung), Terapeutik Posisikan senyaman mungkin semi foler/ supine, Pertahankan spreng tetap kering, bersih, dan tidak kusut,

Pertahankan kebersihan pasien, Ubah posisi setiap 2 jam (miring kanan/kiri), Edukasi Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring (PPNI T. P., 2018).

Salah satu intervensi yang dilakukan yaitu mengubah posisi setiap 2 jam (miring ke kanan/kiri). Kondisi tirah baring total tanpa perubahan posisi selama kurang lebih 2 kali 24 jam disertai dengan kebersihan diri yang buruk akan didapatkan luka dekubitus (Rasid, 2020). Seseorang yang tidak dapat bergerak aktif sendiri karena lumpuh atau pingsan harus diubah sikap baringnya setiap 1-2 jam, karena daerah kulit yang tertekan terus menerus dapat terganggu aliran darahnya (Sukron, 2019). Seseorang yang mengalami *bedrest* total harus diubah sesuai dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi dan rutinitas sehari – hari dengan dilakukannya alih baring setiap 2 jam dan 4 jam. Alih baring dapat memberikan rasa nyaman pada pasien, mempertahankan atau menjaga postur tubuh dengan baik menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring seperti luka tekan dekubitus (Nurhikmah, 2019).

7. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis (SDKI, hal. 172, D.0077)

Tujuan yang ingin dicapai penulis dalam intervensi nyeri akut yaitu Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Kesulitan tidur menurun, Tekanan darah membaik, Frekuensi nadi membaik (PPNI T. P., 2019)

Intervensi yang diberikan adalah Observasi Identifikasi skala nyeri 0-10, Terapeutik, Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi berdoa dan berdzikir , Fasilitasi istirahat dan tidur, Edukasi Ajarkan

teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi berdo'a dan berdzikir, Kolaborasi pemberian analgesik (PPNI T. P., 2018).

Salah satu intervensi yang dilakukan yaitu memberikan teknik nonfarmakologis dengan teknik relaksasi berdo'a dan berdzikir. Berdo'a bisa dilakukan oleh siapa saja, di mana saja dan dalam keadaan apapun. Berdo'a tidak hanya dilakukan oleh orang yang sedang terkena ujian atau musibah saja. Sebagai seorang muslim, berdo'a layak untuk dilakukan dalam kondisi apapun, baik sakit maupun sehat (Aliza, 2022). Zikir sebagai mind body therapy akan diterjemahkan sebagai stimulus positif yang mampu merubah persepsi stress yang negatif (distress) menjadi positif (eustress). Persepsi positif bisa terbentuk dengan menguatkan harapan yang realistis terhadap kesembuhan, pandai mengambil hikmah, dan ketabahan hati (Wahyudi, 2019). Zikir memiliki daya relaksasi yang dapat mengurangi ketegangan (stres) dan mendatangkan ketenangan jiwa. Bacaan zikir mengandung makna yang sangat dalam dan dapat mengatasi nyeri kepala yang dialami oleh pasien (Hendra, 2018).

8. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Hambatan Lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)

Tujuan yang ingin dicapai penulis dalam intervensi nyeri akut yaitu Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun, Keluhan sering terjaga menurun, Keluhan tidur tidak puas menurun (PPNI T. P., 2019)

Intervensi yang diberikan adalah Observasi Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan yaitu teknik relaksasi napas dalam, Terapeutik, Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi napas

dalam, Edukasi, Anjurkan mengambil posisi nyaman semi fowler/supine, Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam yang dipilih (PPNI T. P., 2018).

Salah satu intervensi yang dilakukan yaitu Teknik terapi nafas dalam dapat meningkatkan konsentrasi pada diri, mempermudah mengatur pernafasan, meningkatkan oksigen dalam darah dan memberikan rasa tenang sehingga membuat diri menjadi rileks dan terhindar dari gangguan tidur (Cahyaningsih, 2016). Pelaksanaan Terapi Relaksasi dengan latihan nafas dalam yang teratur dan dilakukan dengan benar akan membuat tubuh menjadi lebih rileks, menghilangkan ketegangan saat mengalami stress dan bebas dari ancaman (Oktaviani, 2021). Terapi relaksasi yang diberikan merupakan terapi perilaku yang aplikasikan untuk mengurangi terjadinya ketegangan otot dan syaraf yang berasal dari bagian-bagian tertentu. Ada beberapa manfaat dari relaksasi yaitu, menciptakan ketentraman batin, mengurangi rasa cemas, khawatir, dan gelisah, menjadikan tekanan dan ketegangan jiwa lebih rileks, menjadikan detak jantung lebih rendah, mengurangi tekanan darah tinggi, menciptakan ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit, membuat tidur lebih lelap dan kesehatan mental lebih baik, menjadikan daya ingat lebih baik dan meningkatkan daya berfikir logis, meningkatkan kreativitas dan keyakinan, meningkatkan daya kemauan dan intuisi, meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain (Hartono, 2019).

9. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)

Tujuan yang ingin dicapai penulis dalam intervensi nyeri akut yaitu Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat

dengan kriteria hasil : Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, Minat melakukan perawatan diri meningkat, Mempertahankan kebersihan diri meningkat (PPNI T. P., 2019)

Intervensi yang diberikan adalah Observasi Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia yaitu mandi, sisiran, Terapeutik, Jadwalkan rutinitas perawatan diri mandi dan gosok gigi saat pagi dan sore hari, Edukasi Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan seperti membasuh muka saat mandi (PPNI T. P., 2018).

Salah satu intervensi yang dilakukan yaitu Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah dengan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri yaitu dengan dukungan perawatan diri. Dukungan perawatan diri ialah memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri diantaranya dengan menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman misalnya (suasana hangat, rileks, privasi) yang bertujuan untuk meningkatkan keinginan dalam melakukan perawatan diri, menyediakan peralatan atau kebutuhan dalam melakukan perawatan diri, mendampingi dalam melakukan perawatan diri, melatih melakukan perawatan diri yang baik dengan bantuan atau pun sesuai dengan tingkat kemandirian, menjelaskan tentang pentingnya dalam melakukan perawatan diri dan dampaknya, membuat jadwal harian yang bertujuan untuk membantu klien agar mudah mengingat jika akan melakukan aktivitas perawatan diri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Menerapkan strategi pelaksanaan dalam pemenuhan kebutuhan kebersihan diri atau personal hygiene adalah strategi pelaksanaan dengan mengajarkan dan meberikan edukasi tentang pentingnya perawatan diri pada penderita secara bertahap. Pasien akan dijelaskan mengenai cara – cara melakukan kegiatan perawatan diri seperti mandi, menggosok gigi, mencuci

rambut, berganti pakaian, berdandan atau berhias, memotong kuku, makan dan minum dengan benar serta cara buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) (Grasela, 2021). Masalah defisit perawatan diri dapat menyebabkan masalah kesehatan yang serius, seperti gangguan integritas kulit, membran mukosa mulut, infeksi pada mata, telinga serta kuku, gangguan aman nyaman, harga diri, dan kebutuhan sosial akibat dari badan bau dan penampilan tidak rapi (Azizah, 2016)

4.1.6 Implementasi

6. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal (SDKI, hal. 124, D.0054)

Implementasi yang diberikan kepada Tn. AC adalah Memonitor kondisi kulit klien tampak utuh, turgor kulit elastis, akral hangat, Memonitor komplikasi tirah baring yang dirasakan klien sakit punggung, Memposisikan klien senyaman mungkin dengan posisi semi fowler atau setengah duduk, Mempertahankan spreng klien tetap kering, bersih, dan tidak kusut, Mempertahankan kebersihan klien dengan membersihkan nasi yang jatuh saat makan, menata botol minum klien dekat dengan jangkauannya, Mengubah posisi setiap 2 jam miring kanan/kiri, Menjelaskan tujuan dilakukan tirah baring agar tidak memperburuk kondisi klien dengan adanya luka dekubitus, kekakuan sendi.

7. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis (SDKI, hal. 172, D.0077)

Implementasi yang diberikan kepada Tn. AC adalah Mengidentifikasi skala nyeri lansia 5 (0-10), Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi dengan berdoa dan berdzikir, Memfasilitasi istirahat dan tidur siang kurang lebih 1-2 jam, Mengajarkan teknik nonfarmakologis

yaitu dengan berdoa agar sehat dan berdzikir untuk mengurangi rasa nyeri, Memberikan hydrochlorothiazide 25 mg dan becom c.

8. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Hambatan Lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)

Implementasi yang diberikan kepada Tn. AC adalah Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan yaitu teknik relaksasi napas dalam, Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan menyalakan kipas, Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi : memposisikan pasien dengan nyaman, berikan kerileksan pada otot-otot, mengkosongkan pikiran, atur pernafasan dengan hidung lalu keluarkan dari mulut, lakukan secara berulang, Menganjurkan mengambil posisi nyaman semi fowler/setengah duduk, Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam yang dipilih jika merasa nyeri.

9. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)

Implementasi yang diberikan kepada Tn. AC adalah Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia yaitu mandi, 2 kali sehari, berdandan (sisiran), Menjadwalkan rutinitas perawatan diri mandi, mengosok gigi di pagi hari dan sore hari, Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan membasuh muka dengan air seka yang telah disediakan saat mandi.

4.1.5 Evaluasi

1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal (SDKI, hal. 124, D.0054)

Evaluasi di hari ketiga didapatkan evaluasi subjektif lansia mengatakan masih susah menggerakkan kaki dan tangan sebelah kiri. Evaluasi objektif lansia tampak berinisiatif, lansia tampak berkeyakinan positif, harga diri positif lansia tampak meningkat. Assasment yang didapatkan masalah teratasi sebagian. Plan yang didapatkan intervensi dilanjutkan Memposisikan lansia senyaman mungkin dengan posisi semi fowler atau setengah duduk, Mempertahankan sprengi lansia tetap kering, bersih, dan tidak kusut, Mempertahankan kebersihan lansia dengan membersihkan nasi yang jatuh saat makan, menata botol minum lansia dekat dengan jangkauannya.

2. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis (SDKI, hal. 172, D.0077)

Evaluasi di hari ketiga didapatkan evaluasi subjektif lansia sudah tidak pusing (P : nyeri sakit kepala, Q : nyeri cekot-cekot, R : kepala bagian atas, S : skala 3 dari (0-10), T : hilang timbul). Evaluasi objektif lansia mengatakan sudah tidak merasakan nyeri, lansia mengatakan sudah mudah tidur, tekanan darah lansia 125/90 mmHg, frekuensi nadi lansia 98 x/menit. Assasment yang didapatkan masalah teratasi. Plan yang didapatkan intervensi dihentikan.

3. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Hambatan Lingkungan (SDKI, hal. 126, D.0055)

Evaluasi di hari ketiga didapatkan evaluasi subjektif lansia mengatakan sudah dapat tidur dengan nyenyak. Evaluasi objektif didapatkan keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga tampak menurun, keluhan tidur tidak puas tampak

menurun. Assasment yang didapatkan masalah teratasi. Plan yang didapatkan intervensi dihentikan.

4. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal (SDKI, hal. 240, D.0109)

Evaluasi di hari ketiga didapatkan evaluasi subjektif lansia mengatakan ingin tempat tidurnya selalu bersih. Evaluasi objektif didapatkan lansia tampak ingin melakukan perawatan diri, minat lansia melakukan perawatan tampak meningkat, lansia tampak ingin mempertahankan kebersihan dirinya. Assasment yang didapatkan masalah teratasi. Plan yang didapatkan intervensi dihentikan.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Simpulan

1. Pada saat pengkajian didapatkan Tn. AC mengatakan susah/lemah tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguann muskuloskeletal, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.
2. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnose keperawatan dengan tujuan utama diharapkan tercapainya pemenuhan kebutuhan ADL Tn. Ac karena gangguan mobilitas pada ekstermitas yang dialami dengan memfasilitasi pola tidur yang cukup, pemenuhan kebutuhan kebersihan pasien seperti mandi BAB/BAK dan berpakaian.
3. Pada evaluasi tanggal 22 Desember 2022 didapatkan pemenuhan kebutuhan kemandirian terpenuhi dan masih harus difasilitasi karena masih mengalami gangguan mobilitas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri. Tn. AC masih memerlukan bantuan terkait perawatan diri seperti mandi, BAB/BAK, dan

berpakaian dikarenakan terdapat gangguan mobilitas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri.

5.2 Saran

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

1. Bagi Lahan Praktik

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

2. Bagi Lansia

Diharapkan lansia mampu mencari jalan keluar atas masalah yang dihadapi, mampu merapkan alih posisi tirah baring tiap 2 jam sehingga dapat mencegah timbulnya luka decubitus akibat tekanan yang terlalu lama.

3. Bagi Perawat

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

4. Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Aliza, S. M. (2022). Terapi Doa dalam Pelayanan Pembinaan Spiritual Islam Untuk Mengurangi Tingkat Kecemasan Pasien Persalinan di Rumah Sakit. *Jurnal Bimbingan Konseling Islam*, 58-63.
- Amalis, D. S. (2021). Pengaruh Pelaksanaan Mobilisasi Dini Terhadap penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 23-30.
- Ayubbana, B. A. (2022). Penerapan ROM Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Cendekia Muda*, 443-446.
- Barkah, D. S. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Motivasi Pasien Pasca Stroke Dalam Melakukan Latihan Fisioterapi di RS. Sukmul Sisma Medika Jakarta Utara. *Jurnal Pendidikan dan Konseling*, 1707-1715.
- Cahyaningsih, A. W. (2016). Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Kualitas Tidur Lansia di UPT Wredha Budi Dharma Ponggalan Giwangan Umbulharjo Yogyakarta.
- Dewi Rachmawati, E. M. (2019). Pencegahan Dekubitus Pasien Stroke Hemoragik Setelah 24 Jam Serangan Di Stroke Center RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *Dunia Keperawatan*, 118-127.
- Grasela, M. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri.
- Hartono, M. N. (2019). Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur Dengan Senam Yoga di Desa Sidoharum Kecamatan Sempor Kabupaten Kebumen. *University Research Colloquium*, 331-339.
- Hendra, E. S. (2018). Pengaruh Terapi Relaksasi Zikir Dalam Menurunkan Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Upk Puskesmas Pal Tiga Kecamatan Pontianak Kota.
- Khotimah, N. R. (2021). Asuhan Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Ny. S dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Anggrek RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. *Seminar Nasional Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1464-1467.
- Kusumarini, N. (2021). Faktor Risiko yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke di RSUD Indrasari Rengat Kabupaten Indragiri Hulu Elmukhsinur. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 489-494.
- Mardiah, H. V. (2021). Analisis Self Care Management Terhadap Lansia Pasca Stroke dalam Peningkatan Activities of Daily Living (ADLs) : A Systematic Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 215-218.

- Nurhikmah, A. (2019). Efektifitas Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Di Rumah Sakit Sentra Medika Cibinong. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Medika*.
- Oktaviani, A. M. (2021). Edukasi Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengurangi Gangguan Insomnia Pada Wanita Manopause Di Kelurahan Batu IX. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Anugerah Bintang*, 12-18.
- Permatasari, N. (2020). Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus dan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 298-304.
- PPNI, P. S. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Putri, E. H. (2021). Penerapan Latihan Range Of Motion (ROM) Pada Kekuatan Otot Ekstermitas Dengan Penderita Stroke Di Wilayah Binaan Puskesmas Gunung Pati Semarang. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 28-44.
- Rasid, E. N. (2020). Peran Keluarga Dengan Pencegahan Decubitus Pada Pasien Stroke. *Jurnal Ilmiah Wijaya*, 116-129.
- Rasmaliah, P. H. (2018). Hubungan Karakteristik dan Dukungan Keluarga Lansia Dengan Kejadian Stroke Pada Lansia Hipertensi di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. *JUMANTIK*, 72-88.
- Riskesdas, T. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Ristonilassius, M. I. (2022). Hubungan Tekanan Darah Dengan Kejadian Stroke di Unit Gawat Darurat. *Jurnal Keperawatan Aisyiyah*, 47-54.
- Rofina Laus, A. S. (2019). Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kekuatan Otot Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Akibat Stroke Di Ruang Perawatan Interna RSUD dr. T.C. Hillers Maumere. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 52-61.
- Sjarqiah, T. A. (2022). Gambaran Pasien Stroke Pada Lansia di Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura . *Muhammadiyah Journal Of Geriatric* , 23-30.
- Sukron. (2019). Hubungan Antara Lamanya Tirah baring Dengan Kejadian Deep Venous Thrombosis Pada Pasien Stroke. 375-385.

- Wahyudi, F. A. (2019). Zikir Memperbaiki Persepsi Stres Dan Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Hari Pertama. *Prosiding Seminar Nasional Poltekkes Karya husada Yogyakarta*, 9-19.
- Wahyuningsih, N. A. (2020). Genggam Bola Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan* , 35-42.
- Yekti, K. N. (2022). Analisis Faktor Risiko Serangan Stroke Berulang Pada Pasien Usia Produktif. *Medica Arteriana*, 1-10.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kemampuan ADL

Kemampuan ADL (Activity of Daily Living)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	0
2	Mandi	0	5	0
3	Makan	5	10	5
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	5

Interpretasi :

0-20 : Ketergantungan penuh

21-61 : Ketergantungan berat

62-90 : Ketergantungan sedang


91-99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

Kesimpulan : hasil pengkajian tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari menggunakan *Index Barthel* pada Tn. AC didapatkan total skor 45 yang mengindikasikan bahwa Tn. AC memiliki ketergantungan berat

Lampiran 2 Pengkajian MMSE

Pengkajian MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2022 Hari: Selasa Musim : Penghujan Bulan: Desember Tanggal : Lupa
2	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara: Indonesia Panti : Griya Wreda Propinsi: Jawa Timur Wisma : R. 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	3	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
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). Gelas 2). Botol 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : 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” Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 
Total Nilai		30	27	

Interprteasi :

24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

18-23 : Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif berat

Kesimpulan :

Hasil pengkajian fungsi kognitif menggunakan *MMSE (Mini Mental Status Exam)* pada Tn. AC didapatkan total skor 27 yang mengindikasikan bahwa Tn. AC tidak ada gangguan kognitif.

Lampiran 3 Pengkajian *SPMSQ*

SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

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 : Salah 1			

Interpretasi :

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Kesimpulan :

Hasil pengkajian fungsi intelektual menggunakan *SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionare)* pada Tn. AC didapatkan skor salah 1 yang mengindikasikan bahwa Tn. AC memiliki fungsi intelektual utuh.

Lampiran 4 Pengkajian *Time Up Go*

Time Up Go

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1	-	-
Rata-rata Waktu TUG		-
Interpretasi Hasil		-

Interpretasi :

>13,5 detik : Risiko tinggi jatuh

>24 detik : Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan

>30 detik : Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

Kesimpulan :

Hasil pengkajian tingkat keseimbangan dan risiko jatuh menggunakan *TUG (Time Up Go Test)* pada Tn. AC didapatkan tidak terkaji karena Tn. AC hanya tirah baring.

Lampiran 5 Pengkajian Depresi GDS

Pengkajian Depresi *Geriatric Depression Scale*

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	0
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	0
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	1
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	0
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	1
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	1
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	0
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	0
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	0
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	1
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	0
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	0
Jumlah				4

Interprteasi :

Jika diperoleh skor 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

Kesimpulan :

Hasil pengkajian tingkat depresi menggunakan *GDS (Geriatric Depression Scale)*

pada Tn. AC didapatkan total skor 4 yang mengindikasikan bahwa Tn. AC tidak mengalami depresi.

Lampiran 6 Pengkajian Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia

No	Indikator	Score	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	0
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	0
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	0
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	0
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	2
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	0
7.	Lebih sering makan sendirian	1	0
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	0
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	0
	Total Score		2

Interpretasi :

0-2 : Good

3-5 : Moderate nutritional

>6 : High nutritional risk

Kesimpulan :

Hasil pengkajian status nutrisi menggunakan *MNA (Mini Nutritional Assesment)* pada Tn. AC didapatkan total skor 2 yang mengindikasikan bahwa Tn. AC memiliki status nutrisi yang baik.

Lampiran 8 Poster Mengubah Posisi 2 Jam Sekali

 **PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**MENGUBAH
POSISI 2 JAM
SEKALI**



**APASIH MENGUBAH
POSISI 2 JAM SEKALI ???**

Mengubah posisi 2 jam sekali adalah perubahan posisi miring ke kanan atau kiri untuk mengurangi tekanan yang terlalu lama dan gaya gesekan pada kulit.



CARA MENGUBAH POSISI

**MERUBAH POSISI DARI TERLENTANG
KE MIRING KANAN ATAU KIRI**

1. Menata beberapa bantal yang ada di sebelah klien
2. Memiringkan tubuh ke arah bantal yang telah disiapkan
3. Menekuk lutut kaki yang atas
4. Memastikan posisi aman

**MANFAAT MENGUBAH
POSISI 2 JAM SEKALI**

Manfaat mengubah posisi 2 jam sekali antara lain yaitu : mencegah luka akibat tekanan atau gesekan, memperlancar sirkulasi peredaran darah.



**MERUBAH POSISI DARI MIRING
KANAN ATAU KIRI KE TERLENTANG**

1. Menata beberapa bantal yang ada di sebelah klien
2. Menelentangkan pasien ke arah bantal yang sudah disediakan
3. Meluruskan kedua lutut
4. Memastikan posisi aman



Daftar pustaka :
Setiawan, et al. 2022. Penerapan Posisi Miring Kanan dan Kiri (Ambulasi) terhadap pencegahan Dekubitus pada Pasien Stroke Hemoragik. Scripta Score Scientific Medical Jurnal.

Oleh :
Nur Avifah
2230081

Lampiran 9 CV

CURICULUM VITAE

Nama : Nur Avifah
NIM : 1810075
Program studi : Prodi Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 18 September 2000
Alamat : Jl. Simo Gunung Kramat Timur 78, Surabaya
Agama : Islam
Email : nuravifah39@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | |
|---|--------------------|
| 1. TK Kartini II | Lulusan tahun 2006 |
| 2. SDN 2 Cerme Kidul | Lulusan tahun 2012 |
| 3. SMPN 1 Cerme | Lulusan tahun 2015 |
| 4. SMAN 12 Surabaya | Lulusan tahun 2018 |
| 5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulusan tahun 2022 |

Lampiran 10 Motto dan Persembahan

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“ BISA KARENA TERBIASA, KARENA SEMUA BUTUH PROSES ”

PERSEMBAHAN

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, saya mempersembahkan karya ini kepada :

1. Alm. Bapak saya, Ibu, kakak, dan keluarga besar yang tidak pernah putus asa untuk memberikan saya motivasi, semangat, do'a, dan selalu ada buat saya.
2. Ibu Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes. dan Ibu Desy Dwi Aryanita Ivadah, S.Kep., Ns., yang telah bersabar dan meluangkan waktunya untuk memberikan saya bimbingan.
3. Dosen dan Staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah bersabar mendidik, berbagi ilmu, dan memberikan contoh yang baik kepada saya.
4. Teman-teman yang selalu memberi saya semangat untuk mengerjakan karya ilmiah akhir ini.
5. Teman-teman mobile legend yang menemani saya dalam mengerjakan karya ilmiah akhir.
6. Teman-teman sepembimbing dengan saya yang sudah memotivasi saya dalam mengerjakan karya ilmiah akhir.