

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA PASIEN
STROKE DI UPTD GRIYA WREDHA
SURABAYA



Oleh :

MELLYSA RAHAYU ANJANY, S.Kep.
NIM. 2130096

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

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA PASIEN
STROKE DI UPTD GRIYA WERDHA
SURABAYA

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



Oleh :

MELLYSA RAHAYU ANJANY, S.Kep
NIM. 2130096

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

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mellysa Rahayu Anjany

NIM : 213.0096

Tanggal Lahir : Surabaya, 06 November Program Studi :

Pendidikan Profesi Ners

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

Surabaya, 08 Juli 2022

Mellysa Rahayu Anjany
NIM. 231.0096

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Mellysa Rahayu Anjany

NIM : 213.0096

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Psien Dengan Masalah
Stroke Di UPTD Griya Werdha Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa proposal ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns)

Pembimbing

Pembimbing

Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep

Heri Susanto, S.Kep., Ns.

NIP. 03008

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 8 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Mellysa Rahayu Anjany
NIM : 213.0096
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Psien Dengan Masalah Stroke Di UPTD Griya Wredha 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

Penguji Ketua : **Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes** _____

Penguji 1 : **Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep.** _____

Penguji 2 : **Heri Susanto, S.Kep., Ns** _____

**Mengetahui,
KA PRODI S1 KEPERAWATAN STIKES
HANG TUAH SURABAYA**

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Surabaya
Tanggal : 8 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Peneliti panjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT Yang Maha esa, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun Karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. K Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Di UPTD Griya Werdha Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

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

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. AV Sri Suhardiningih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan ketua penguji atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa profesi ners
2. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program Studi profesi ners
3. Dr.Hidayatus Sya'diyah, S.Kep, Ns,. M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Dhian Satya R.,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing dan penguji 1 yang senantiasa memberikan ilmu, arahan, inspirasi sehingga peneliti dapat termotivasi dalam menyelesaikan penyusunan proposal ini
5. Pak Heri Susanto, S.Kep.,Ns selaku penguji 2 dan dosen pembimbing lahan yang senantiasa memberikan ilmu, arahan, inspirasi sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Seluruh dosen, staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing dan membantu kelancaran proses belajar selama menuntut ilmu di Program Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
7. Kepada bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep., Ns., M.KKK selaku Kepala UPTD Griya Werdha Surabaya beserta staf yang telah mengizinkan dan memfasilitasi saya untuk mengajukan pengambilan data awal.
8. Kedua orang tua, adik beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materil dalam menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dukungan moral dan motivasi dalam terselesainya Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 08 Juli 2022

Mellysa Rahayu Anjany
NIM. 231.0096

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Secara Praktis	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.5.1 Metoda.....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit Stroke.....	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Patofisiologi	9
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	11
2.1.5 Klasifikasi	11
2.1.6 Komplikasi.....	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	12
2.1.8 Penatalaksanaan	13

2.2	Konsep Lansia.....	15
2.2.1	Definisi Lansia	15
2.2.2	Batasan karakteristik.....	16
2.2.3	Karakteristik lansia.....	16
2.2.4	Tipe lansia.....	16
2.2.5	Proses Penuaaan Lansia	17
2.2.6	Tugas Perkembangan Lansia	18
2.2.7	Perubahan Pada Lansia.....	18
2.2.8	Perubahan Fisik	18
2.2.9	Sindrom Geriatri 4.1	20
2.2.10	Kemandirian.....	21
2.2.11	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian pada Lansia.....	22
2.2.12	Aktivitas Hidup Sehari-hari (<i>Activity of Daily Living</i>).....	25
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	31
2.3.1	Pengkajian.....	31
2.3.2	Diagnosis	39
2.3.3	Intervensi	40
2.3.4	WOC.....	42
BAB III KAJIAN PUSTAKA.....		43
3.1.	Pengkajian Keperawatan.....	43
3.1.1	Identitas Pasien.....	43
3.1.2	Keluhan Utama.....	43
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang	43
3.1.4	<i>Age Related Changes</i> (Perubahan Terkait Proses Menua).....	44
3.1.5	Pemeriksaan Fisik (<i>Head To Toe</i>)	44
3.1.6	Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia.....	47
3.1.7	Pengkajian Psikososial.....	47
3.1.8	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan	47
3.1.9	Pengkajian Lingkungan	47
3.1.10	Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck.....	48
3.1.11	Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga.....	49
3.1.12	Masalah Emosional	49
3.1.13	Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ.....	49
3.1.14	Identifikasi Aspek Kognitif MMSE	49

3.2. Pemeriksaan Penunjang	50
3.2.1 Analisis Data	50
3.2.2 Prioritas Masalah Keperawatan	50
3.3. Intervensi	51
Tujuan Keperawatan.....	51
3.4. Implementasi dan Evaluasi.....	52
BAB IV PEMBAHASAN	55
4.1 Pengkajian.....	55
4.1.1 Identitas.....	55
4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan	56
4.1.3 Pemeriksaan Fisik	58
4.2 Diagnosis Keperawatan	60
4.2.1 Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Penurunan Otot (SDKI D.0054, Hal:124)	60
4.2.2 Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis (D.0077, Hal 172)	60
4.2.3 Gangguan Memori berhubungan dengan proses penuaan (SDKI D.0062,Hal:140)	61
4.3 Tujuan Dan Intervensi Keperawatan.....	61
4.4 Implementasi.....	63
4.5 Evaluasi.....	64
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	65
5.1 Simpulan.....	65
5.2 Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	68
Lampiran 4.....	80
Lampiran 5.....	85

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Indeks Barthel dalam Pemenuhan Kemandirian Lansia	23
Tabel 2.2 IADL (<i>Instrument Activity Daily Living</i>).....	25
Tabel 2.3 Pengkajian <i>SPMSQ</i> (<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>)	28
Tabel 2.4 Pengkajian <i>MMSE</i> (<i>Mini Mental Stase Exam</i>).....	29
Tabel 2.5 Indeks Barthel dalam Pemenuhan Kemandirian Lansia	33
Tabel 2. 6 Pengkajian <i>MMSE</i> (<i>Mini Mental Stase Exam</i>).....	34
Tabel 2.7 Pengkajian <i>SPMSQ</i> (<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>)	36
Tabel 2.8 <i>Time Up Go Test</i>	36
Tabel 2.9 Pengkajian Depresi	37
Tabel 2.10 Status Nutrisi.....	38
Tabel 2. 11 Pengkajian menggunakan APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Curriculum Vitae	70
Lampiran Motto&Persembahan	71
Lampiran 3 Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)	73
Lampiran 4 MMSE (Mini Mental Status Exam)	75
Lampiran 5 Pengkajian <i>SPMSQ</i> (<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>)	76
Lampiran 6 ADL (Instrument Activity Daily Living)	78

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada lansia sejumlah perubahan kesehatan pada fisik, semakin terlihat sebagai akibat dari proses penuaan. Di antara perubahan-perubahan fisik yang paling rentan pada masa tua ini terlihat pada perubahan seperti rambut menjadi jarang dan beruban, kulit mengering dan mengerut, gigi hilang dan gusi menyusut, konfigurasi wajah berubah, tulang belakang menjadi bungkuk. Kekuatan dan ketangkasan fisik berkurang, tulang-tulang menjadi rapuh, mudah patah dan lambat untuk dapat diperbaiki kembali (Sumarni et al., 2021). Kondisi ini dapat menyebabkan peningkatan masalah penyakit degeneratif dan keluhan yang muncul sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia. Salah satu kelainan degeneratif yang sering terjadi adalah disebabkan gangguan aliran darah dan jantung yang dapat mengganggu oksigenasi otak. Akibatnya dapat terjadi kerusakan sel dan serabut syaraf yang dikenal dengan istilah stroke. Stroke yang menyerang lanjut usia menyebabkan ketergantungan lanjut usia meningkat dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik (Amelia et al., 2020).

Salah satunya masalah stroke di Indonesia menjadi semakin penting dan mendesak. Di Indonesia stroke menempati urutan ketiga setelah asma dan kanker. Kejadian stroke menurut American Heart Association (AHA) 2017 kejadian kematian karena stroke mencapai 23% dari jumlah penderita stroke. Rata-rata setiap 4 menit terjadi kematian yang diakibatkan stroke (Hizkia & Sitorus, 2022)

Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki) menyebutkan bahwa 63,52 per 100.000 penduduk Indonesia berumur di atas 65 tahun ditaksir menderita stroke.

Provinsi Jawa Timur menurut Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 mencapai 21.120 jiwa atau 12,4%. Jika dilihat dari kelompok umur terhadap kontrol stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan : > 75 tahun sebesar 29,4%, 65-74 tahun sebesar 39,7%, 55-64 tahun sebesar 42,3%. Jika melihat dari data Riskesdas 2018, proporsi kontrol stroke ke fasilitas kesehatan pada kelompok umur 55-64 tahun mencapai 42,3% dan usia 65-74 tahun mencapai 39,7%. Jika dilihat dari data kelompok umur di atas penderita stroke mayoritas berada di rentang usia 55 tahun ke atas. Saat pengambilan data pada Januari 2022 didapatkan hasil dari 160 lansia UPTD Griya Wredha Jambangan Surabaya menunjukkan bahwa lansia yang menderita penyakit stroke sebanyak 14 lansia.

Stroke merupakan kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh berkurangnya atau terhentinya suplai oksigen dalam darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami penurunan suplai oksigen dalam darah akan mengalami kematian dan tidak berfungsi lagi (Kurniawan et al., 2022). Penyakit stroke merupakan penyebab ketiga kecacatan di dunia akibat gangguan fungsi syaraf yang terjadi seperti gangguan penglihatan, bicara pelo, gangguan mobilitas, serta kelumpuhan pada wajah maupun ekstremitas. Kondisi seperti ini yang menyebabkan penderita stroke memiliki ketergantungan yang tinggi dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada orang lain. Stroke merupakan akibat dari life style (gaya hidup) manusia modern yang tidak sehat seperti konsumsi makanan yang tinggi kolesterol dan rendah serat, kurang aktivitas fisik (berolahraga), akibat stres/ kelelahan, konsumsi alkohol berlebihan, kebiasaan merokok.

Berbagai faktor risiko ini selanjutnya akan mengakibatkan pengerasan pembuluh arteri (arteriosklerosis), sebagai pemicu stroke. Salah satu dampak yang terjadi pada pasien stroke adalah mengalami kelemahan di salah satu sisi tubuh yang terpengaruh stroke. Kelemahan ini bisa menimbulkan ketidakseimbangan dan kesulitan pada saat berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak (Pradesti & Indriyani, 2020).

Pada penderita stroke yang mengalami kelumpuhan maka pemenuhan kebutuhan mobilisasi akan terganggu karena terdapat gangguan pada kekuatan otot sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Gangguan pada pasien stroke adalah gangguan aktivitas & latihan karena adanya kelemahan fisik akibat gangguan neuromuskuler mengakibatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik (Yustiadi Kasuba et al., 2019). Penanganan stroke dapat dilakukan dengan terapi latihan *Range Of Motion* (ROM). *Range of Motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. Memberikan latihan ROM secara dini dapat menstimulasi peningkatan kekuatan otot, kerugian hemiparase bila tidak segera ditangani akan terjadi kecacatan permanen Oleh karena itu, bagi seorang perawat harus mengetahui tentang bagaimana perjalanan, penanganan dan dampak lebih lanjut dari Stroke. Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk membahas mengenai Stroke yang dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan gerontik pada pasien stroke di UPTD Griya Wredha Surabaya”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas, maka dapat disusun masalah sebagai berikut : “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada pasien stroke di UPTD Griya Werdha Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada pasien stroke di UPTD Griya Wredha Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada pasien lansia dengan stroke di UPTD Panti Griya Werdha Jambangan Surabaya.
2. Melakukan analisis masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnose keperawatan pada lansia dengan stroke hemoragik di UPTD Panti Griya Werdha Jambangan Surabaya
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada lansia dengan stroke di UPTD Panti Griya Werdha Jambangan Surabaya
4. Melaksanakan pelaksanaan asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pada lansia dengan stroke UPTD Panti Griya Werdha Surabaya
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pada lansia di UPTD Panti Griya Werdha Surabaya

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini:

1.4.1 Secara Praktis

1. Bagi institusi UPTD Griya Werdha Surabaya

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

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi Keluarga dan Klien

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

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini dapat dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Stroke

sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metoda

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

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

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

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan

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

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer, adalah data yang diperoleh dari pasien

2. Data Sekunder, adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.
3. Studi Kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.5.4 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran.

2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

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

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

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

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

BAB 5: Simpulan dan saran

BAB II

TINJAUAN TEORI

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

2.1 Konsep Penyakit Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke adalah perdarahan ke dalam jaringan otak atau perdarahan subarachnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak. Stroke ini merupakan jenis stroke yang paling mematikan dan merupakan sebagian kecil dari keseluruhan stroke yaitu 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subarachnoid (Felgin, V., 2017).

2.1.2 Etiologi

Stroke di bagi menjadi dua jenis yaitu Stroke iskemik dan Stroke hemoragik.

1. Stroke iskemik atau Non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau seluruhnya terhenti. 80% adalah Stroke iskemik.

- a. Stroketrobotik : proses terbentuknya trombus yang menyebabkan penggumpalan.
 - b. Strokeembolik : tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
 - c. Hipoperfusi embolik : berkurangnya aliran darah keseluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.
2. Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus Stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoragik terbagi menjadi 2 jenis yaitu :
- a. Hemoragik intra serebral : perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak.
 - b. Hemoragik subaraknoid : perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan selaput yang menutupi otak)

2.1.3 Patofisiologi

Faktor pencetus dari Stroke seperti hipertensi, DM, penyakit jantung dan beberapa faktor lain seperti merokok, stress, gaya hidup yang tidak baik dan beberapa faktor seperti obesitas dan kolesterol yang meningkat dalam darah dapat menyebabkan penimbunan lemak atau kolesterol yang meningkat dalam darah dikarenakan ada penimbunan tersebut, pembuluh darah menjadi infark dan iskemik. Dimana infark adalah kematian jaringan dan iskemik adalah kekurangan suplai O₂. Hal tersebut dapat menyebabkan arterosklerosis dan pembuluh darah menjadi kaku. Arterosklerosis adalah penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan pembekuan darah di cerebral dan terjadi lah Stroke non

hemoragik. Pembuluh darah menjadi kaku, menyebabkan pembuluh darah mudah pecah dan mengakibatkan Stroke.

Dampak dari Stroke yaitu suplai darah ke jaringan cerebral non adekuat dan dampak dari Stroke terdapat peningkatan tekanan sistemik. Kedua dampak ini menyebabkan perfusi jaringan cerebral tidak adekuat. Pasokan Oksigen yang kurang membuat terjadinya vasospasme arteri serebral dan aneurisma. Vasospasme arteri serebral adalah penyempitan pembuluh darah arteri cerebral yang kemungkinan akan terjadi gangguan hemisfer kanan dan kiri dan terjadi pula infark /iskemik di arteri tersebut yang menimbulkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

Aneurisma adalah pelebaran pembuluh darah yang disebabkan oleh otot dinding di pembuluh darah yang melemah hal ini membuat di arachnoid (ruang antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak) dan terjadi penumpukan darah di otak atau disebut hematoma kranial karena penumpukan otak terlalu banyak, dan tekanan intra kranial menyebabkan jaringan otak berpindah/ bergeser yang dinamakan herniasi serebral. Pergeseran itu mengakibatkan pasokan oksigen berkurang sehingga terjadi penurunan kesadaran dan resiko jatuh. Pergeseran itu juga menyebabkan kerusakan otak yang dapat membuat pola pernapasan tak normal (pernapasan cheynes stokes) karena pusat pernapasan berespon erlabhan terhadap CO₂ yang mengakibatkan pola napas tidak efektif dan resiko aspirasi (Amin, 2015).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis Stroke Hemoragik menurut Misbach (2016) antara lain :

1. Kehilangan motorik
2. Kehilangan komunikasi
3. Gangguan persepsi
4. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologi
5. Disfungsi kandung kemih
6. Vertigo, mual muntah, nyeri kepala terjadi karena peningkatan tekanan intracranial, odema serebri.

2.1.5 Klasifikasi

Stroke di kelompokkan menjadi dua yaitu Stroke Iskemik (Non Hemoragik) dan Stroke Hemoragik.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Sudoyo (2017) meliputi :

1. Hipoksia serebra

Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Hipoksia serebral diminimalkan dengan pemberian oksigenasi yang ade kuat ke otak. Pemberian oksigen berguna untuk mempertahankan hemoglobin serta hematokrit yang akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.

2. Penurunan aliran darah serebral

Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integrasi pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat cairan intravena, memperbaiki aliran darah dan menurunkan viskositas darah. Hipertensi atau hipotensi perlu di hindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

3. Distrimia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian thrombus lokal.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan untuk memastikan penyebab stroke pada lansia antara lain (Purwani, 2017):

1. Angiografi Serebral Membantu menentukan penyebab Stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.
2. Scan Tomografi Komputer (CT-Scan) Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya thrombosis, emboli serebral, dan tekanan normal dan adanya thrombosis, emboli serebral, dan tekanan intracranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarakhnoid dan perdarahan intracranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus thrombosis disertai proses inflamasi.

3. Magnetic Resonance Imaging (MRI) Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).
4. Ultrasonografi Doppler (USG doppler) Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis atau aliran darah timbulnya plak dan arteriosklerosis).
5. Elektroensefalogram (EEG) Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
6. Sinar tengkorak Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarachnoid.
7. Pemeriksaan laboratorium rutin Berupa cek darah, Gula darah, Urine, Cairan serebrospinal, AGD, Biokimia dara dan elektrolit.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penderita Stroke sejak mulai sakit pertama kali dirawat sampai proses rawat jalan di luar rumah sakit, memerlukan perawatan dan pengobatan terus menerus sampai optimal dan mencapai keadaan fisik maksimal. Pengobatan pada Stroke non hemoragik dibedakan menjadi:

1. Penanganan medis (Brunner & suddarth, 2016):
 - a. Rekombian aktivator plasminogen jaringan (t-PA)
 - b. Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial (TIK)

- c. Kemungkinan hemikraniektomi untuk mengatasi peningkatan TIK akibat edema otak pada stroke yang sangat luas
- d. Instubasi dengan selang endotrakeal untuk menetapkan kepatenan jalan nafas, jika perlu
- e. Pantau hemodinamika secara kontinu (target tekanan darah tetap kontroversial bagi pasien yang mendapatkan terapi trombolitik : terapi antihipertensi dapat ditunda kecuali tekanan darah sistolik melebihi 220mmHg atau darah diastolic melebihi 20mmHg)

2. Penanganan komplikasi

- a. Penurunan aliran darah serebral : perawatan pulmonal, pemeliharaan kepatenan jalan nafas dan berikan suplemen oksigen sesuai kebutuhan.
- b. Pantau adanya infeksi saluran kemih, distrimia jantung dan komplikasi berupa mobilisasi.

3. Penanganan farmakologi

- a. Trombolisis Satu-satunya obat yang di akui FDA sebagai standar adalah pemakaian rTPA (recombinant- Tissue plasminogen Activator) yang di berikan pada penderita Stroke iskemik dengan syarat tertentu baik i.v maupun arterial dalam waktu kurang dari 3 jam setelah onset Stroke.
- b. Antikoagulan Obat yang di berikan adalah heparin atau heparinoid (fraxiparine).Efek antikoagulan heparin adalah inhibisi terhadap faktor koagulasi dan mencegah atau memperkecil pembentukan fibrin dan propagasi trombus.Antikoagulasi mencegah terjadinya

gumpalan darah dan embolisasi trombus. Antikoagulasi mencegah terjadinya gumpalan darah dan embolisasi trombus. Antikoagulasi masih sering digunakan pada penderita Stroke dengan kelainan jantung yang dapat menimbulkan embolus.

- c. Anti agregasi trombosit Obat yang dipakai untuk mencegah penggumpalan sehingga mencegah terbentuknya trombus yang dapat menyumbat pembuluh darah. Obat ini dapat digunakan pada TIA.

Obat yang banyak digunakan adalah asetosal (aspirin) dengan dosis 40mg-1,3 gram/hari. Akhir-akhir ini digunakan tiklodipin dengan dosis 2 x 250 mg.

- d. Anti edema Obat anti edema otak adalah cairan hiperosmolar, misalnya manitol 20%, larutan gliserol 10%. Pembatas cairan juga dapat membantu. Dapat pula menggunakan kortikosteroid.

2.2 Konsep Lansia

2.2.1 Definisi Lansia

Lanjut Usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas (Harywinoto & Setiabudhi 1999 Dalam Buku Sunaryo et al 2016). Lanjut usia adalah sebagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan hingga akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Lanjut usia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses

menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap.(Azizah, 2012). Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas.

2.2.2 Batasan karakteristik

Menurut WHO, usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut :

1. Usia pertengahan (Middle Age) usia 45-59 tahun
2. Lanjut usia (Eldrly) usia 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (Old) usia 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (Very Old) usia diatas 90 tahun

2.2.3 Karakteristik lansia

Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut : berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat 2 UU No. 13 tentang kesehatan), kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sahat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondis mal adaptif, lingkungan tempat tinggal bervariasi (Maryam dkk 2008 dalam Sunaryo et al 2016).

2.2.4 Tipe lansia

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

1. Tipe arif bijaksana, lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman,

menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

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

2.2.5 Proses Penuaan Lansia

Menurut Maryam, dkk (2008) dalam Surnatyo et al (2016) tahap dewasa merupakan tahap tubuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada didalam tubuh. Sebagai akibatnya tubuh juga akan mengalami penuaan fungsi secara perlahan-lahan.

2.2.6 Tugas Perkembangan Lansia

Menurut Potter & Perry 2009 dalam Sunaryo et al 2016, tugas perkembangan pada lansia yaitu beradaptasi terhadap penurunan kesehatan dan kekuatan fisik, beradaptasi terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan, beradaptasi terhadap kematian pasangan, menerima diri sebagai individu yang menua, mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kondisi hidup.

2.2.7 Perubahan Pada Lansia

Perubahan akibat proses menua dijelaskan sesuai fungsi sistem organ tubuh. Sejalan dengan bertambahnya usia seseorang maka terjadi perubahan sistem organ tubuh yang berupa penurunan anatomi maupun fungsional organ- organ tersebut. Penurunan anatomic dan fungsional ini di akibatkan oleh tidak baiknya faktor nutrisi, pemeliharaan kesehatan dan kurangnya aktivitas. Penurunan fungsional pada lansia mengarah pada terjadinya gangguan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) dan aktivitas sehari-hari independen (IADL) yang akan mempengaruhi kualitas kehidupan individu lansia.

2.2.8 Perubahan Fisik

1. Sistem Indra

Sistem pendengaran: *prebiakusis* (gangguan pada pendengaran) karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama

terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas , sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2. Sistem Integument

Pada lansia kulit mengalami *atrofi*, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbecak.kekritingan kulit ini disebabkan atropi *glandula sebacea* dan *glandula sudoritera*, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

3. Sistem Musculoskeletal

Perubahan system musculoskeletal pada lansia: jaringan penghubung (kolagendan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

4. Sistem Kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, vertikel kiri mengalami hipertropi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi Sa Nude dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat sistem respirasi.

5. Sistem Respirasi

Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

6. Pencernaan dan Metabolism

Perubahan yang terjadi pada system pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), *liver* (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

7. Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, eksresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8. Sistem Saraf

Susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

9. Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2.2.9 Sindrom Geriatri 4.1

Menurut Panitaetal (2011) sindrom geriatri meliputi gangguan kognitif, depresi, inkontinesia, ketergantungan fungsional, dan jatuh. Sindrom ini dapat menyebabkan angka morbiditas yang signifikan dan keadaan yang buruk pada

usia tua yang lemah. Sindrom ini biasanya melibatkan beberapa sistem organ. Sindrom geriatrik mungkin memiliki kesamaan patofisiologi meskipun presentasi yang berbeda, dan memerlukan intervensi dan strategi yang berfokus terhadap faktor etiologi.

Menurut Vina (2015) sindrom geriatri adalah serangkaian kondisi klinis pada orang tua yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien dan dikaitkan dengan kecacatan. Tamplan klinis yang tidak khas sering membuat sindrom geriatri tidak terdiagnosis. Sindrom geriatri antara lain:

1. *“The O Complex” : fall, confusion, incontinence, iatrogenic disorders, impaired homeostasis*
2. *“The Big Three” : Intellectual failure, instability, incontinence*
3. *“The 14 I” : Immobility, impaction, Instability, iatrogenic, intellectual Impairment, Insomnia, Incontinence, Isolation, Impotence, Immunodefficiency, Infection, Inanition, Impairment of Vision, Smelling, Hearing, Impecunity.*

2.2.10 Kemandirian

Kemandirian adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit. Tingkat kemandirian pada lansia dapat dipengaruhi oleh usia, imobilitas, dan mudah jatuh. Kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas harus tetap dipertahankan. Aktivitas yang tetap dipertahankan pada lansia akan membentuk konsep diri positif. Ditinjau dari kualitas kesehatan mental, dapat di

kemukakan hasil kelompok ahli dari WHO pada tahun 2010 yang menyatakan bahwa mental yang sehat mempunyai ciri – ciri sebagai berikut :

1. Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif dengan kenyataan/realitas, walau realitas tadi buruk
2. Memperoleh kepuasan dari perjuangannya
3. Merasa lebih puas untuk memberi daripada menerima
4. Secara relatif bebas dari rasa tegang dan cemas

2.2.11 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian pada Lansia

Menurut Hardywinoto (2014) faktor-faktor yang berhubungan dengan kemandirian lanjut usia terdiri dari dua faktor yaitu :

1. Faktor Kesehatan Faktor kesehatan meliputi kesehatan fisik maupun kesehatanpsikis. Faktor kesehatan fisik meliputi kondisi fisik lanjut usia dan daya tahan fisik terhadap serangan penyakit, sedangkan faktor kesehatan psikismeliputi penyesuain terhadap kondisi lanjut usia.
 - a) Kesehatan Fisik Pada umumnya disepakati bahwa kebugaran dan kesehatan mulai menurun pada usia setengah baya. Penyakit – penyakit degenerative mulai menampakkan diri pada usia ini (Depkes dan Kesejahteraan Sosial, 2011).
 - b) Kesehatan Psikis Masalah psikologik yang dialamioleh golongan lansia ini pertama kali mengenai sikap mereka sendiri terhadap proses menua yang mereka hadapi, antara lain kemunduran badaniah atau dalam kebingungan untuk memikirkannya. Dalam hal ini dikenal apa yang disebut disengagementtheory, yang berarti ada penarikan diri dari

masyarakat dan diri pribadinya satu sama lain (Darmojo, 2010).

- c) Faktor Sosial Menurut Suhartini (2012) hubungan ini mendatangkan kepuasan yang timbul dari perilaku orang lain. Pekerjaan yang dilakukan seorang diri dapat menimbulkan kebahagiaan seperti halnya membaca buku, membuat karya seni, dsb karena pengalaman tersebut dapat dikomunikasikan dengan orang lain.
- d) Pengkajian fungsional yang akan di pakai dalam penelitian ini adalah Barthel Index. Barthel index adalah satu pengukuran tingkat ketergantungan dalam pengkajian fungsional. Pengkajian Barthel Index berdasarkan pada evaluasi kemampuan fungsi mandiri atau bergantung dari lansia yang di nilai fungsi mobilitas dari ADL. Barthel Index ini melakukan penilaian berdasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktivitas fungsional yang terdiri dari 10 pertanyaan meliputi :

Tabel 2.1 Indeks Barthel dalam Pemenuhan Kemandirian Lansia

No	Aktifitas	Kemampuan	Skor
1.	Bagaimana kemampuan transfer (perpindahan posisi) Bapak/ Ibu dari posisi tidur ke posisi duduk ?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Dibantu satu orang - Dibantu dua orang - Tidak mampu 	<ul style="list-style-type: none"> 3 2 1 0
2.	Bagaimana kemampuan berjalan(mobilisasi) Bapak/ Ibu ?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Dibantu satu orang - Dibantu dua orang - Tidak mampu 	<ul style="list-style-type: none"> 3 2 1 0
3.	Bagaimana penggunaan toilet (pergike/dari WC, melepas/mengenakan celana, menyeka, menyiram) Bapak/ Ibu ?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Perlu pertolongan orang lain - Tergantung orang lain 	<ul style="list-style-type: none"> 2 1 0

4.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu dalam membersihkan diri (lapmuka, sisir rambut, sikat gigi) ?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Perlu pertolongan orang lain - Tergantung orang lain 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
5.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu mengontrol BAB?	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinen teratur - Kadang – kadang inkontinen - Inkontinen 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
6.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu mengontrol BAK?	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinen teratur - Kadang – kadang Inkontinen - Inkontinen/kateter 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
7.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu dalam membersihkandiri (mandi)	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Tergantung orang lain 	<p>1</p> <p>0</p>
8.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu dalam berpakaian (mengenakan baju)?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Sebagian dibantu - Tergantung orang lain 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
9.	Bagaimana kemampuan makanBapak/ Ibu?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Perlu pertolongan - Tergantung orang lain 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
10.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu untuk naik turun tangga?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Perlu pertolongan - Tidak mampu 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
Skor Total (0-20)			

Sumber: Indeks Barthel modifikasi Collin C dalam Agung 2010.

2.2.12 Aktivitas Hidup Sehari-hari (*Activity of Daily Living*)

Menurut Setiati (2015), *Activity of Daily Living (ADL)* ada 2 yaitu, ADL standar dan ADL instrumental. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, BAB/BAK, dan mandi. Sedangkan ADL instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang.

Beberapa sistem penilaian yang dikembangkan dalam pemeriksaan kemampuan fungsional antara lain : Barthel Index, Katz Index, Scale IADL, Rapid Disability Rating Scale-2 (RDRS-2), (Kane 1984 dalam Ann, 2007). Berikut ini adalah kuesioner yang dilakukan untuk menilai Aktivits Sehari- hari pada Lansia

Tabel 2.2 IADL (*Instrument Activity Daily Living*)

No.	Activity Daily Living	Score
1	Kemampuan untuk menggunakan telepon	
	a. Mengoperasikan telepon berdasarkan kemauan sendiri; melihat dan menekan nomor	1
	b. Menekan beberapa nomor yang mudah diketahui	1 1
	c. Menjawab telepon, tapi tidak menekan nomor	1
	d. Tidak menggunakan telepon sama sekali	
2	Berbelanja	
	a. Menangani semua belanjaan kebutuhan secara mandiri.	1 0
	b. Belanja sendiri (mandiri) untuk pembelian yang kecil.	0 0
	c. Perlu ditemani saat berbelanja.	
	d. Benar-benar tidak bisa berbelanja.	

3	<p>Mempersiapkan makanan</p> <p>a. Merencanakan, menyiapkan dan menyajikan makanan yang cukup secara mandiri. 1</p> <p>b. Menyiapkan makanan yang cukup jika disediakan dengan bahan-bahanya . 0</p> <p>c. Memanaskan dan menyajikan makanan yang sudah disiapkan atau menyiapkan makanan atau tidak menjaga diet yang cukup. 0</p> <p>d. Memerlukan makanan yang sudah disiapkan dan disajikan. 0</p>	
4	<p>Pekerjaan rumah tangga</p> <p>a. Memelihara rumah sendiri dengan beberapa bantuan(pekerjaan berat) 1</p> <p>b. Melakukan tugas rumah yang ringan seperti mencuci piring dan menata tempat tidur (kasur) 1</p> <p>c. Melakukan tugas rumah yang ringan, tapi tidak menjaga standar kebersihan yang dapat diterima. 1</p> <p>d. Membutuhkan bantuan dalam semua tugas pemeliharaan rumah. 0</p> <p>e. Tidak berpartisipasi dalam segala tugas menjaga/memelihara rumah.</p>	
5	<p>Mencuci baju</p> <p>a. Benar-benar mencuci baju sendiri. 1</p> <p>b. Mencuci barang-barang kecil, membilas kaos kaki, stocking, dll 1</p> <p>c. Semua cucian baju harus dilakukan oleh orang lain. 0</p>	
6	<p>Moda transportasi</p> <p>a. Bepergian secara mandiri dengan transportasi umum atau mengendarai mobil sendiri. 1</p> <p>b. Mengatur sendiri perjalanan dengan taxi, jika tidak menggunakan transportasi umum. 1</p> <p>c. Bepergian menggunakan transportasi umum saat dibantu atau ditemani orang lain. 1</p> <p>d. Bepergian sebatas dengan taxi atau automobile dengan bantuan orang lain. 0</p> <p>e. Tidak bepergian sama sekali. 0</p>	
7.	<p>Tanggung jawab untuk obatnya sendiri</p> <p>a. Pasien cukup bertanggung jawab untuk meminum obat sesuai dosis dan waktu yang tepat. 1</p> <p>b. Bertanggung jawab jika obat sudah disiapkan dalam dosis yang berbeda. 0</p> <p>c. Tidak mampu dalam mengatur obatnya sendiri. 0</p>	
8.	<p>Kemampuan menhandel keuangan</p>	

a. Mengatur masalah keuangan secara mandiri (budget, menulis check, membayar angsuran dan tagihan, pergi ke bank); mengumpulkan dan menyimpan bukti pendapatan.	1
b. Mengatur pengeluaran sehari-hari, tapi membutuhkan bantuan dalam pergi ke bank, pengeluaran utama, dll.	0
c. Tidak mampu handle uang (keuangan)	0

Sumber: Lawton, M.P. dan Brody, E.M. "penilaian pada lansia: pemeliharaan diri dan peralatan kegiatan dalam skala kehidupan sehari-hari." *Gerontologist* 9:179-186, (1968). Copyright (c) The Gerontological Society of America.

2.2.11.1 Faktor yang Mempengaruhi *Activity of Daily Living* (ADL)

Menurut Hardywinoto (2011) Faktor-faktor yang Mempengaruhi kemampuan melakukan *Activity of Daily Living* (ADL) yaitu:

1. Umur dan status perkembangan

seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan-lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan *activity of daily living*.

2. Kesehatan fisiologis

seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam *activity of daily living*, contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan *activity of daily living* secara mandiri.

3. Fungsi Kognitif

Dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living*. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor

stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan activity of daily living.

1) Pengkajian *SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)*

Pengkajian ini bertujuan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan matematis.

Tabel 2.3 Pengkajian *SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)*

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini ?
		2	Hari apa sekarang ?
		3	Apa nama tempat ini ?
		4	Dimana alamat anda ?
		5	Berapa alamat anda ?
		6	Kapan anda lahir ?
		7	Siapa presiden indonesia ?
		8	Siapa nama presiden sebelumnya ?
		9	Siapa nama ibu anda ?
		10	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
Jumlah			

Interpretasi :

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : fungsi intelektual kerusakan sedang


Salah 9-10 : fungsi intelektual kerusakan berat

2) *Mini Mental Stase Exam (MMSE)*

Tujuan dari pengkajian ini adalah untuk melengkapi dan nilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujaun diagnostik. Pengkajian ini menguji aspek kognitif dari fungsi mental seperti orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 2.4 Pengkajian *MMSE (Mini Mental Stase Exam)*

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar - Tahun - Musim - Tanggal - Hari - Bulan
2	Orientasi registrasi	5 3		Dimana sekarang kita berada ? - Negara - Propinsi - Kabupaten Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas) kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab: 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100, kemudian di kurang 7 sampai 5 tingkat. 1. 100, 93

4	Mengingat	3		<p>Meminta klien untuk menyebutkan objek pada poin 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
5	Bahasa	9		<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambilmenunjukkan benda tersebut).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Bantal 2). Lemari 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) <p>Klien menjawab :</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri3 langkah.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitassesuai perintah nilai satu poin.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien
				<p>untuk menulis kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segilima yang saling bertumpuk</p> 

Nilai 24-30 : normal

Nilai 17-23 : kemungkinan gangguan kognitif

Nilai 0-16 : mengalami gangguan kognitif

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Anamnesis

a. Identitas klien

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 (Padila, 2012). Menurut Irianto, Komang Agung at all (2019) mayoritas penderita fraktur geriatri adalah wanita.

b. Keluhan utama

Keluhan utamanya adalah rasa nyeri akut atau kronik. Selain itu klien juga akan kesulitan beraktivitas. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan menurut Padila (2012):

- 1) Provoking incident : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri
- 2) Quality of pain : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk
- 3) Region : Radiation, relief : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- 4) Severity (scale) of pain : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.
- 5) Time : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari Riwayat penyakit sekarang

c. Riwayat penyakit sekarang

Menurut Irianto, Komang Agung at all (2019), 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 (Aschkenasy, 2006 dalam Söz, G., & Karakaya, Z. 2019).

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

e. Riwayat Penyakit Keluarga

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

f. 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 klien dan keluarga.

g. Pengkajian Fisik Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses

Menua, yaitu :

1. Fungsi Fisiologis, mengkaji tentang kondisi umum, Integumen, Hematoepotic, kepala, mata, telinga, hidung sinus, mulut dan tenggorokan, leher, pernapasan, kardiovaskuler, gastrointestinal, perkemihan, reproduksi, muskuloskeletal, dan persyarafan.
2. Potensi Pertumbuhan Psikososial dan Spiritual, meliputi :
3. Psikososial dan spriritual
4. Lingkngan
5. Negative Funtional Consequences.
6. Mengkaji tentang :Kemampuan ADL

Tabel 2.5 Indeks Barthel dalam Pemenuhan Kemandirian Lansia

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

Interpretasi: klien mendapatkan skor dengan kategori :

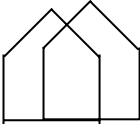
- 0-20 : Ketergantungan Penuh
- 21-61 : Ketergantungan Berat
- 62-90 : Ketergantungan Sedang
- 91-99 : Ketergantungan Ringan
- 100: Mandiri

h. Aspek Kognitif

Tujuan dari pengkajian ini adalah untuk melengkapi dan nilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik. Pengkajian ini menguji aspek kognitif dari fungsi mental seperti orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 2. 6 Pengkajian *MMSE (Mini Mental Stase Exam)*

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar a. Tahun b. Musim c. Tanggal d. Hari e. Bulan
2	Orientasi registrasi	5 3		Dimana sekarang kita berada ? a. Negara b. Propinsi c. Kabupaten Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas) kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2) Meja 3) Kertas
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100, kemudian di kurang 7 sampai 5 tingkat. 1. 100, 93
4	Mengingat	3		Meminta klien untuk menyebutkan objek pada poin 2 : 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas

5	Bahasa	9		<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Bantal 2). Lemari 3).Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) <p>Klien menjawab :</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 
---	--------	---	--	--

Interprestasi hasil yang didapatkan :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan Tidak Ada Gangguan Kognitif

i. Tingkat Kerusakan Intelektual

Tabel 2.7 Pengkajian *SPMSQ* (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini ?
		2	Hari apa sekarang ?
		3	Apa nama tempat ini ?
		4	Dimana alamat anda ?
		5	Berapa alamat anda ?
		6	Kapan anda lahir ?
		7	Siapa presiden indonesia ?
		8	Siapa nama presiden sebelumnya ?
		9	Siapa nama ibu anda ?
		10	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
Jumlah			

Interpretasi :

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : fungsi intelektual kerusakan berat

j. Tingkat Keseimbangan

Tabel 2.8 *Time Up Go Test*

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

Interprestasi hasil :

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

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

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

k. Kecemasan, GDS :

Tabel 2.9 Pengkajian Depresi

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

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

Interpretasi :

Jika Diperoleh skor 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

1. Status Nutrisi :

Tabel 2.10 Status Nutrisi

No	Indikator	score	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	2
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	0
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: hasil di dapatkan hasil interpretasi dengan score 2 (good)

0 – 2 : Good

3– 5 : Moderate nutritional risk

6 > : High nutritional risk

m. Fungsi sosial lansia :

Tabel 2. 11 Pengkajian menggunakan APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman)saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	0
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	0
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	0
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	0
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	0

2.3.2 Diagnosis

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

- a. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- b. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak (*spasme arteri*)
- c. Resiko cidera atau jatuh berhubungan dengan penurunan kesadaran

2.3.3 Intervensi

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah Batasan karakteristik :

- a. Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus.
- b. Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar Faktor yang berhubungan :

- 1) Gangguan neuromuskular
- 2) Gangguan sensoriporseptual

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik tidak terganggu kriteria hasil :

- 1) Peningkatan aktifitas fisik
 - 2) Tidak ada kontraktur otot
 - 3) Tidak ada ankilosis pada sendi
 - 4) Tidak terjadi penyusutan otot
- c. Kaji kemampuan motorik
 - d. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4x perhari bila mungkin
 - e. Bila pasien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh
 - 1) Gunakan papan kaki
 - 2) Ubah posisi sendi bahu tiap 2-4 jam
 - 3) Sanggah tangan dan pergelangan pada kelurusan alamiah

- 4) Observasi daerah yang tertekan, termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi
- 5) Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak
- 6) Lakukan massage pada daerah tertekan
- 7) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi
- 8) Kolaborasi stimulasi elektrik
- 9) Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus

2. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak (*spasme arteri*)

Definisi : rentan mengalami oenurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan Batasan karakteristik :

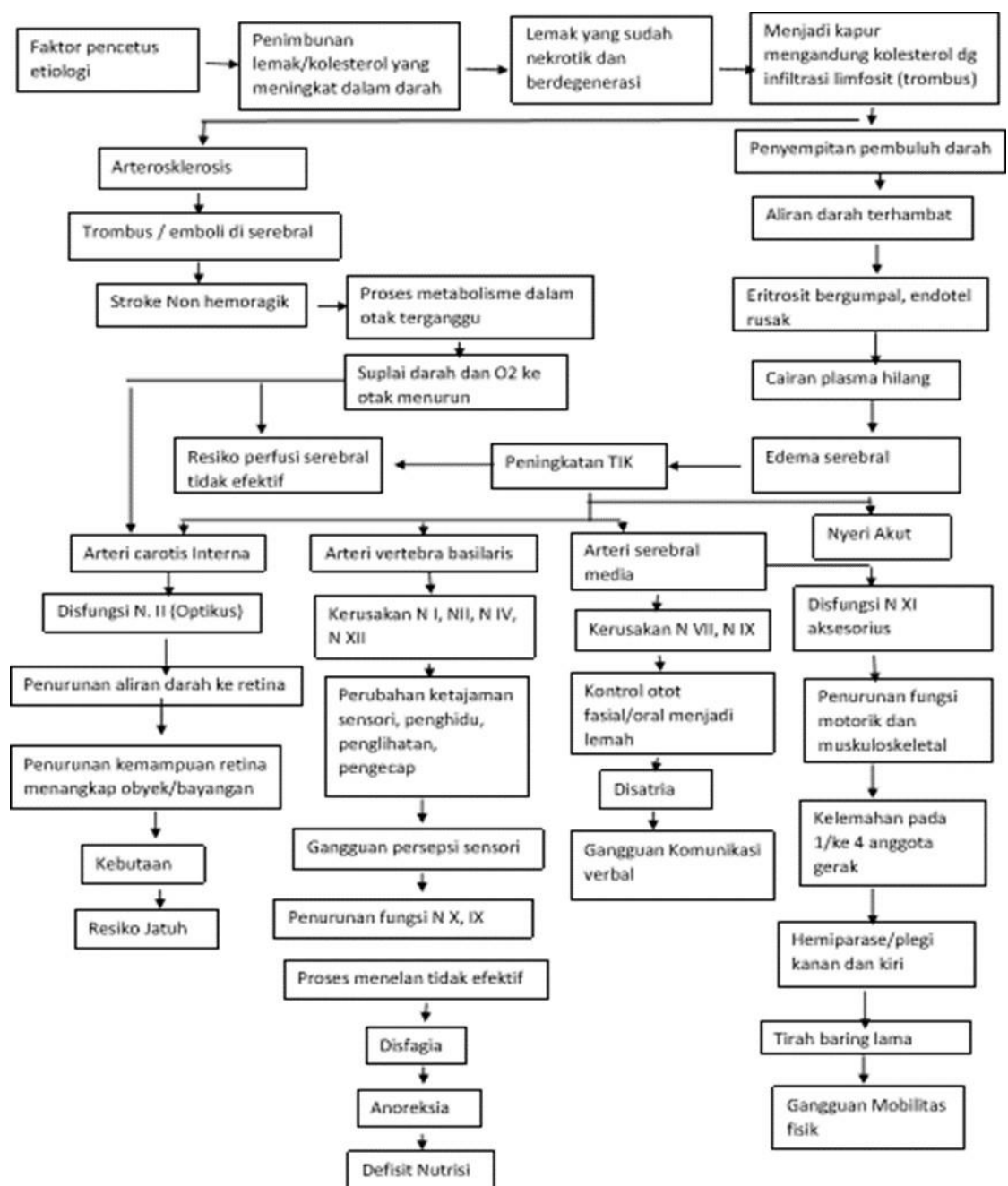
- a. Tanda-tanda vital
- b. Status sirkulasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi jaringan serebral pasien menjadi efektif dengan kriteria hasil :

- a. Tanda-tanda vital normal
 - b. Status sirkulasi lancar
 - c. Pasien mengatakan nyaman dan tidak sakit kepala
 - d. Peningkatan kerja pupil
 - e. Kemampuan komunikasi baik
3. Kaji status neurologic setiap jam
 4. Kaji tingkat kesadaran dengan GCS
 5. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata

6. Kaji reflek kornea.
7. Evaluasi keadaan motorik dan sensori pasien
8. Monitor tanda vital setiap 1 jam
9. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur
10. Pertahankan pasien bedrest, beri lingkungan tenang

2.3.4 WOC



BAB III

KAJIAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan stroke, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 13-14 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 pukul 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan data observasi perawat sebagai berikut :

3.1. Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Tn. K bertempat tinggal di UPTD Griya Wredha Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 76 tahun dan beragama Islam. Pasien sudah menikah. Pendidikan terakhir tidak sekolah pasien. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Werdha selama ± 3 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi tidak ada. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai tukang becak di Surabaya.

3.1.2 Keluhan Utama

Tn.K mengatakan mengeluh sakit kepala pusing, anggota gerak kiri lemah, tangan dan kaki susah digerakan, klien mengatakan tidak bisa berjalan sendiri.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan yang dirasakan pasien sudah selama 3 tahun yang lalu. Awalnya pasien hanya stroke ringan karena hanya tirah baring dan tidak melakukan

aktifitas, stroke yang dirasakan semakin buruk tangan kiri dan kaki kiri pasien kaku terasa nyeri saat digerakkan, pasien mengatakan susah untuk mencoba menggerakkan tangan dan kakinya kalau tidak dengan bantuan.

3.1.4 Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses Menua)

1. Kondisi umum

Tn. K tidak merasa kelelahan, tidak terdapat perubahan BB, Tidak ada perubahan nafsu makan, tidak terdapat masalah tidur, kemampuan adl perlu bantuan karena pasien tirah baring, BB: 47kg TB : 145 cm, suhu 36,5 °C, nadi: 78 x/menit, tekanan darah 140/80 mmHg, respirasi : 22x/menit.

2. Hematopoetic

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

3.1.5 Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

1. Kepala

Kepala Tn. K bentuk simetris, bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih dan hitam, rambut pendek. Gatal pada kulit kepala Tidak ada keluhan. Pusing hilang timbul.

2. Mata

Pada Tn. K konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan tidak kabur, tidak ada peradangan di kedua mata, mata

tidak strabismus.

3. Hidung

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

4. Mulut dan Tenggorokan

Pada Tn. K kebersihan mulut baik, mukosa bibir kering, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan.

5. Telinga

Pada Tn. K kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen berlebih, tidak ada peradangan maupun gangguan pendengaran.

6. Leher

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

7. Dada

Pada Tn. K bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing. Ictus cordis 4-5 mid clavicula

8. Abdomen

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

9. Genetalia

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

10. Ekstermitas

Pada Tn. K tidak ditemukan fraktur. Kekuatan otot ekstermitas atas

2222/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 2222/5555. Tidak ada edema , tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, Reflek Bisep +/+,reflek trisep +/+.

11. Integumen

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

12. Sistem Neurologis

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

Pengkajian nyeri :

P : Nyeri terjadi pada kaki kiri dan tangan kiri

Q: Nyeri seperti dipukul

R: Nyeri pada kaki dan tangan sebelah kiri

S: skala 5 (0-10)

T: nyeri saat dicobak digerakkan

NI: Tn. K dapat mencium bau minyak kayu putih.

NII: Lapang kabur -/+

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

pandang luas NV : Reflek kornea langsung

NVII : pasien dapat mendengarkan suara gesekan jari pada kedua

telinga. NIX, NX : gerakan ovula simetris, reflek menelan +

NXI:sternokleidomastoid terlihat

NXII : Lidah simetris.

3.1.6 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

Tn. K dengan resiko tinggi jatuh

3.1.7 Pengkajian Psikososial

Hubungan dengan Tn. K dengan teman sekamar kurang mampu bekerja sama. Hubungan dengan Tn. K orang lain di panti hanya Sebatas kenal karena Tn. Khanya terbaring saja ditempat tidur. Kebiasaan Tn. K terbatas berinteraksi dengan orang disekitarnya karena hanya tirah baring terhambatnya mobilitas fisik. Stabilitas emosi Tn. K Stabil . Motivasi diri sendiri karena sudah tidak mempunyai keluarga.

3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada Tn. K ditemukan data bahwa pasien hanya tirah baring saja karena pasien mengalami hambatan untuk beraktifitas. Tn. K makan 3x/hari dengan porsi habis. Tn. K minum \pm 1500 cc/hari. Tn.K mengatakan kepala pusing hilang timbul, kaki kanan dan kiri saat dilatih juga mrasakan nyeri dan kaku-kaku. Frekuensi BAB Tn. K yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari pampers, dan tidak ada gangguan saat BAK. Tn.K mandi 2 x/ hari secara disekah oleh perawat di panti. Ganti baju 1x/hari.

3.1.9 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

Pada pemukiman luas bangunan sekitar 2.887 m² dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai

keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum aqua. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

2. Fasilitas

Di panti werdha tidak terdapat peternakan namun perikanan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m², ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah (mushola).

3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa penanggulangan bencana dan kebakaran.

4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung.

3.1.10 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck

Pada Tn. K didapatkan bahwa Tn. K memiliki penilaian 3 dan masuk kategori tidak ada depresi atau minimal

3.1.11 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

Pada Tn.K didapatkan bahwa Tn.K t i d a k m a m p u berinteraksi dengan baik

3.1.12 Masalah Emosional

Pada Tn.K didapatkan bahwa pasien tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil.

3.1.13 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

Pada Tn.K didapatkan bahwa dari 10 pertanyaan pasien bisa menjawab 5 pertanyaan dengan baik, yang artinya Tn.K masih memiliki fungsi kerusakan intelektual ringan.

3.1.14 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE

Pada Tn.K didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 16 pertanyaan dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga didapatkan hasil ada gangguan kognitif sedang dan resiko cedera

a) Indeks Barthel

Pada Tn.K didapatkan interpretasi “62” atau ketergantungan sedang

b) Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ

Pada Tn.K didapatkan skor “F” mampu dalam beberapa aktifitas

c) Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

Pada Tn.K didapatkan bahwa mampu berinteraksi dengan kurang baik dilingkungan sekitarnya dan mampu kurang mampu memecahkan masalahnya.

d) Masalah Emosional

Pada Tn.K didapatkan bahwa pasien tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil.

3.2. Pemeriksaan Penunjang

3.2.1 Analisis Data

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077, hal 172) ditandai dengan Tn. k Pasien mengatakan mengeluh sakit kepala P:bangun tidur, Q:nyeri seperti dipukuli, R: dikepala, S: 3(1-10), T:nyeri hilang timbul Tampak meringis, Memegangi area yang nyeri, Berfokus pada diri sendiri.
2. Gangguan Memori berhubungan dengan proses penuaan (SDKI D.0062,Hal:140). Pasien mengatakan tidak tahu hari, tanggal, bulan dan tahun pada saat pengkajian. dan mudah lupa. Pengkajian menggunakan format MMSE dalam kategori gangguan kognitif sedang skor 16, Tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya.
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan otot (SDKI D.0054, Hal:124) Data Ds: menggerakkan bagian tubuh sebelah kiri dari tangan sampai kaki sebelah kiri. Data DO:Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun, Sendi kaku, Fisik lemah.

3.2.2 Prioritas Masalah Keperawatan

1. Nyeri Akut (SDKI, D.0077, Hal: 172)
2. Gangguan Memori (SDKI, D.0062, Hal:140)

3. Gangguan mobilitas fisik (SDKI, D.0054, Hal:124)
4. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan (SDKI,D.0139)

3.3. Intervensi

Tujuan Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077, hal 172). Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri : (SLKI, L.08066 hal 145) menurun ditandai dengan keluhan nyeri menurun dari skala 3 ke skala , Meringis menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100x/mnt).
2. Gangguan Memori berhubungan dengan proses penuaan (SDKI D.0062,Hal:140). Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan sesuai Pengkajian menggunakan format MMSE dalam kategori gangguan kognitif sedang skor 16, Tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya.
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan otot (SDKI D.0054, Hal: 124) Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan penurunan otot menurun Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun, Sendi kaku, Fisik lemah.
4. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan (SDKI,D.0139) Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan fungsi sensori, kontrol resiko, status sirkulasi, respon alergi total.

3.4. Implementasi dan Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077, hal 172). Dengan outcome nyeri menurun intervensi keperawatan manajemen nyeri. Pelaksanaan asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien dilakukan sejak tanggal 13-15 Januari 2022.

Implementasi yang dilakukan adalah 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal. 3) Memonitor efek samping penggunaan analgetik. 4) Fasilitasi istirahat dan tidur. 5) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 6) Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. 7) Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat anti nyeri.

Evaluasi tanggal 13 Januari 2022 pukul 15.00 Pasien mengatakan dirinya menderita mempunyai penyakit hipertensi. Pasien mengeluh sakit kepala hilang timbul, skala nyeri 3. TD=14/80, S=36,5°C, RR=19x/mnt, N=78x/menit, A: Masalah belum teratasi, P: Lanjutkan intervensi 3,4,5

Evaluasi tanggal 14 Januari 2022 pukul 07.00 S: Pasien masih mengeluh sakit kepala hilang timbul, skala nyeri 3. O: Pasien mampu memperagakan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam. T:140/80, S=36C, RR=18x/mnt, N=77x/menit, A: Masalah belum teratasi, P: Lanjutkan intervensi 3,4,5 dan 6.

Evaluasi tanggal 15 Januari 2022 pukul 21.00 S: Pasien mengatakan sakit kepala berkurang setelah melakukan tindakan Tarik Nafas, O: TD= 140/70, S=36oC, RR=18x/mnt, N:80x/menit, A: Masalah belum teratasi, P: Lanjutkan intervensi.

2. Gangguan Memori berhubungan dengan proses penuaan (SDKI D.0062, Hal:140). Implementasi 1) Mengidentifikasi masalah memori yang dialami 2) Mengidentifikasi kesalahan terhadap orientasi 3) Merencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien.

Evaluasi tanggal 13 Januari 2022 pukul 15.00 S: Pasien mengatakan tidak tahu tanggal, hari, bulan dan tahun pada saat dilakukan pengkajian.

O: Pasien tampak bingung saat diberikan pertanyaan yang berupa informasi yang akurat, A: Masalah belum teratasi, P: Lanjutkan intervensi.

Evaluasi tanggal 14 Januari 2022 pukul 07.00 S: Klien mengatakan tidak ingat hal yang baru yang diajarkan O : Klien belum mampu menyebutkan angka yang sudah di ajarkan, A.: Masalah belum teratasi,P: Lanjutkan intervensi.

Evaluasi tanggal 15 Januari 2022 pukul 21.00 S: Klien mengatakan masih kesulitan dan mudah lupa saat melakukan pembelajaran, O: Klien masih tampak bingung saat melakukan pembelajaran masih salah menyebutkan angka yang sesuai,A: Masalah belum teratasi, P : Intervensi dilanjutkan.

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan otot (SDKI D.0054, Hal:124). Implementasi 1) Monitor kemajuan pasien dalam melakukan mobilisasi 2) Berikan pada pasien untuk bertanya 3) Mengajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi.

Evaluasi tanggal 13 Januari 2022 pukul 15.00 S: Klien mengatakan susah untuk menggerakkan kaki kiri dan tangan terasa berat dan susah diangkat.

O: pasien mempunyai aktiufitas terbatas, , barang – barang pribadi mudah dijangkau oleh pasien dan tempat tidur, A : Gangguan mobilitas fisik, P : Lanjutkan intervensi.

Evaluasi tanggal 14 Januari 2022 pukul 07.00 S: Pasien mengatakan selalu mencoba untuk melatih mengangkat tangan kiri tetapi untuk kaki sebelah kiri membutuhkan bantuan karena tidak bisa mengangkat sendiri

O : Pasien menganggukan kepala saat diberikan motivasi, A : gangguan mobilitas fisik, P : Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi tanggal 15 Januari 2022 pukul 21.00 S: Pasien mengatakan selalu mencoba untuk melatih mengangkat tangan kiri tetapi untuk kaki sebelah kiri membutuhkan bantuan karena tidak bisa mengangkat sendiri

O : Pasien menganggukan kepala saat diberikan motivasi, A : gangguan mobilitas fisik, P : Intervensi dilanjutkan

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hambatan Mobilitas Fisik di UPTD Griya Werdha Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. K Dengan Masalah Hamabatan Mobilitas Fisik Di UPTD Griya Werdha Surabaya adalah sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

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

4.1.1 Identitas

Data yang didapat, nama Tn. K bertempat tinggal UPTD Griya Wredha di dari suku jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 76 tahun dan beragama Islam. Pasien sudah menikah. Pendidikan terakhir tidak sekolah. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wredha selama \pm 3 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan

tetap. Pihak yang dapat dihubungi tidak ada. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai tukang becak.

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

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

4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

Keluhan yang dirasakan pasien sudah selama 3 tahun yang lalu. Awalnya pasien hanya stroke ringan karena hanya tirah baring dan tidak melakukan aktifitas, stroke yang dirasakan semakin buruk tangan kiri dan kaki kiri pasien

kaku terasa nyeri saat digerakkan, pasien mengatakan susah untuk mencoba menggerakkan tangan dan kakinya kalau tidak dengan bantuan.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan kelumpuhan/kelemahan anggota gerak, yang terjadi pada kedua klien di atas sangat sesuai dengan teori yang ada pada kasus Stroke, dimana keluhan tersebut merupakan manifestasi klinis yang terjadi pada klien stroke (Oktarina et al., 2020). Stroke disebabkan pembuluh darah yang mengalirkan darah ke otak terhenti karena ada sumbatan. Sumbatan terjadi dikarenakan adanya plak kolesterol pada dinding pembuluh darah otak yang menghambat suplai darah ke otak. Kematian beberapa jaringan otak yang mengalami oklusi karena tidak tercukupinya suplai oksigen dan nutrisi itu terjadi karena ada sumbatan pada pembuluh darah di otak. Sehingga pasien Post stroke akan mengalami penurunan kemampuan dalam menggerakkan otot pada anggota tubuhnya. Kelemahan otot disebabkan karena adanya suatu gangguan pada system motor beberapa titik. Penurunan kekuatan otot disebabkan karena adanya lesi pada otak yang terjadi di area 4 (Girus Precentralis) dan 6 (Korteks Premotorik), sehingga menstimulasi syaraf- syaraf neuron pada otak dan menyebabkan rangsangan yang akan diteruskan ke pusat kendali otot pada otak yang kemudian diteruskan ke serabut-serabut otot genggam (Ulfa, 2020).

Di dalam tinjauan pustaka disebutkan bahwa faktor resiko yang menyebabkan stroke adalah hipertensi. Antagonis kalsium dimaksudkan untuk menghambat masuknya ion Ca ke dalam sel. Ion Ca harus dihambat karena apabila kadar ion Ca dalam sel meningkat, dapat merangsang kontraksi otot polos sehingga meningkatkan beban jantung.

Tekanan darah tinggi (hipertensi) dapat mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga dapat mempercepat proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel/lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat. Semakin tinggi tekanan darah pasien kemungkinan stroke akan semakin besar. Jika serangan stroke terjadi berkali-kali, maka kemungkinan untuk sembuh dan bertahan hidup akan semakin kecil (Usrinet al., 2013).

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

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

1. Sistem Muskuloskeletal

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

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

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

4.2 Diagnosis Keperawatan

4.2.1 Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Penurunan Otot (SDKI D.0054, Hal:124).

Menurut SDKI (2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik satu atau dua ekstermitas secara mandiri. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun.

Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. Pada pengkajian Tn. K data tanda dan gejala mayor yang muncul adalah kekuatan otot menurun dengan skala kekuatan otot ekstremitas bawah 2222/2222 disertai tanda dan gejala minor meliputi gerakan terbatas pada ekstremitas sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan otot.

4.2.2 Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis (D.0077, Hal 172).

Menurut SDKI adalah 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 tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat protektif, gelisah frekuensi nadai meningkat, sulit tidur. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : TD meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu,

menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi menjadi diagnosa utama, dibuktikan dengan adanya nyeri yang dirasakan pada kepala.

4.2.3 Gangguan Memori berhubungan dengan proses penuaan (SDKI D.0062, Hal:140)

Menurut SDKI adalah Ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : Tidak mampu mengingat informasi faktual, Tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan, Tidak mampu mengingat peristiwa. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan, Merasa mudah lupa.

4.3 Tujuan Dan Intervensi Keperawatan

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

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan otot (SDKI D.0054, Hal:124).

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi gangguan mobilitas fisik yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, gerakan terbatas

menurun, Kelemahan fisik menurun. Intervensi yang diberikan yaitu : Observasi Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, Identifikasi faktor resiko jatuh, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

Terapeutik Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), Fasilitasi melakukan pergerakan, Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci, Pasang *handrall* tempat tidur. Edukasi Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Ajarkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077, hal 172)
Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi nyeri akut yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka :
 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri,
 2. Identifikasi skala nyeri,
 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri,
 - (Terapeutik) 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur, terapi musik, hipnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin),
 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), (Edukasi) 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri,
 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, (Kolaborasi) 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. lansia sudah memiliki pengetahuan yang baik mengenai teknik manajemen nyeri non farmakologis, sementara itu, lansia menjawab paling tidak tahu mengenai faktor penyebab nyeri yang

terjadi. Pengetahuan yang baik dapat berupa pengetahuan tentang penyakit dan pengetahuan tentang cara penanganan nyeri yang benar (Aulianah, Hili. 2018).

4.4 Implementasi

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

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan otot (SDKI D.0054, Hal:124).

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

tempat tidur).

2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan adalah: menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

4.5 Evaluasi

1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan penebaran otot SDKI, D.0054, Hal 124

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan mobilisasi dan pencegahan jatuh pada hari ke-3 Pasien mengatakan mampu melakukan mobilisasi sederhana yang diajarkan perawat yaitu menggerakkan tangan dengan bantuan tangan sebelah kanan, untuk kaki belum bisa melakukan sendiri harus dengan bantuan karena pasien tirah baring dengan membutuhkan bantuan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, berpakaian, dapat makan, gosok gigi.

BAB IV

PENUTUP

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

5.1 Simpulan

1. Pada saat pengkajian didapatkan Tn. K mengeluh kakinya lemah dan tangan yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan otot, nyeri akut berhubungan dengan agen fisiologis, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler Gangguan Memori berhubungan dengan proses penuaan.
2. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama diharapkan tercapainya pemenuhan kebutuhan ADL Tn. K karena gangguan mobilitas pada pada ekstermitas yang dialami dengan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan pasien seperti mandi, BAB/BAK dan berpakaian.
3. Pada evaluasi tanggal 15 Januari 2022 didapatkan pemenuhan kebutuhan kemandirian terpenuhi dan masih harus difasilitasi karena masih terdapat gangguan mobilitas pada ekstermitas bawah. Tn. K masih memerlukan bantuan terkait perawatan diri seperti mandi, BAB/BAK,dan berpakaian dikarenakan terdapat gangguan mobilitas pada

ekstermitas bawah

5.2 Saran

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

1. Bagi Lahan Praktik

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

2. Bagi Lansia

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

3. Bagi Perawat

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

4. Bagi Penulis

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

agar terjalin kerjasama yang baik guna mempercepat kesembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, R., Abdullah, D., Sjaaf, F., & Purnama Dewi, N. (2020). Pelatihan Deteksi Dini Stroke “Metode Fast” Pada Lansia Di Nagari Jawijawi Kabupaten Solok Sumatera Barat. *Seminar Nasional ADPI Mengabdikan Untuk Negeri*, 1(1), 25–32. <https://doi.org/10.47841/adpi.v1i1.19>
- Kurniawan, R. E., Makrifatullah, N. A., Rosar, N., Triana, Y., & Kunci, K. (2022). Budiman & Riyanto A. 2013. Kapita Selekta kuesioner Pengetahuan dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan. Jakarta : Salemba Medika pp 66-6. *Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia*, 2(2), 361–368. <https://katadata.co.id/berita/2020/01/06/baru-83-peserta-bpjs-kesehatan-per-akhir-2019->
- Pradesti, A., & Indriyani, P. (2020). No Title. *PENGARUH LATIHAN RANGE OF MOTION TERHADAP KEKUATAN OTOT PADA LANSIA DENGAN STROKE*.
- Sumarni, E., Mamlukah, M., Suparman, R., Ropii, A., Lukman, M., Jamaludin, J., & Sudrajat, C. (2021). Analisis Pengaruh Terapi Senam Anti Stroke Sebagai Upaya Non Farmakologi Menurunkan Tekanan Darah Pada Lanjut Usia (Lansia) Dengan Hipertensi Ringan. *Journal of Public Health Innovation*, 1(2), 133–141. <https://doi.org/10.34305/jphi.v1i2.300>
- Yustiadi Kasuba, Ramlan Ramli, R., & Nasrun. (2019). Gambaran Kadar Elektrolit Darah Pada Penderita Stroke Hemoragik Dengan Kesadaran Menurun Yang Di Rawat Di Bagian Neurologi Rsu Anutapura Palu Tahun 2017. *Medika Alkhairaat : Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, 1(1), 30–33. <https://doi.org/10.31970/ma.v1i1.20>
- Nurlan, F. (2020). Analisis Survival Stroke Berulang Menurut Umur Dan Jenis Kelamin Pasien Stroke Di Kota Makassar. *The Indonesian Journal of Health Promotion*, 3(1), 155–161.
- Nurshiyam, Ardi, M., & BA Sri, M. (2017). ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSKD DADI MAKASSAR. Gambaran Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Thypoid Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Di Rumah Sakit Tk Ii Pelamonia, 08(02), 39–45.
- Oktarina, Y., Nurhusna, Kamariyah, & Mulyani, S. (2020). Edukasi Kesehatan Penyakit Stroke Pada Lansia. *Medic*, 3(2), 106–109. <https://online-journal.unja.ac.id/medic/article/view/11220>
- Pradesti, A., & Indriyani, P. (2020). Pengaruh Latihan Range of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Dengan Stroke. *Journal of Nursing and Health*, 5(2), 95–99. <https://doi.org/10.52488/jnh.v5i2.122>
- Pudiastuti, R. D. (2011). Penyakit Pemicu Stroke.

Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>

Putri, D. E. (2021). HUBUNGAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA. 2(4), 6.

Radaningtyas, D. A. (2018). Asuhan Keperawatan Klien Cerebro Vaskular Accident Hemoragik.

Sumarni, E., Mamlukah, M., Suparman, R., Ropii, A., Lukman, M., Jamaludin, J., & Sudrajat, C. (2021). ANALISIS PENGARUH TERAPI SENAM ANTI STROKE SEBAGAI UPAYA NON FARMAKOLOGI MENURUNKAN TEKANAN DARAH PADA LANJUT USIA (LANSIA) DENGAN HIPERTENSI RINGAN. *Journal of Public Health Innovation*, 1(2), 133–141.

Lampiran

Lampiran 1

Curriculum Vitae

Nama : Mellysa Rahayu Anjany

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat, tanggal lahir : Trenggalek, 06 November 1998

Alamat Rumah : Dsn.Pasur RT/RW 09/03 Ds. Bodag, Kec.Panggul,
Kab.Trenggalek, Jawa Timur

Agama : Islam

Email : mellysarahayu46@gmail.com

Program studi : S-1 Keperawatan

Riwayat Pendidikan :

1. TK Bodag 1 2007
2. SDN 1 Bodag 2013
3. SMP Islam Panggul 2015
4. SMAN 1 Panggul 2017
5. Stikes Hangtuah Surabaya 2021

Motto dan Persembahan

Motto

(Robbanaa aatinaa minladunka rohmataw wahayya lanaa min amrinaa rosyada).

Artinya: Wahai Tuhan kami, berikanlah rahmat kepada kami dari sisi-Mu dan sempurnakanlah bagi kami petunjuk yang lurus dalam urusan kami

(Q.S Al Kahfi 10).

Persembahan

1. Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan KIA ini dengan baik. Karya sederhana ini ku persembahkan untuk: Terimakasih kepada ALLAH SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, rahmat dan hidayah untuk kemudahan, kelancaran bagi saya untuk bisa menyelesaikan KIA ini.
2. Terimakasih kepada kedua orang tua saya Ibuk dan Ayah yang telah memberikan restu dan doa kepada diri saya sehingga KIA saya dapat selesai dengan tepat waktu.
3. Terimakasih kepada teman-teman Prodi Profesi Ners yang telah memberikan support dan dukungan sehingga KIA ini dapat selesai dengan baik.
4. Terima kasih kepada sahabat saya Adinda, Arum, Mareta, Neni untuk support dan turut membantu jika saya tidak memahami tentang materi pengerjaan KIA serta menemani saya selama 1 tahun yang membuat saya semangat untuk ke kampus
5. Terimakasih untuk Uci, Cicik, Lidya sahabat-sahabat saya yang sangat sayangi terima kasih karena sudah bersedia berteman dengan saya dengan hati
6. Terima kasih untuk saudara saudara saya yang selalu memberi support dan doanya selama saya kuliah.

7. Terima kasih untuk Andri Sentanu sudah memberi support dan dukungan serta perhatian kepada saya selama mengerjakan KIA

Lampiran 3

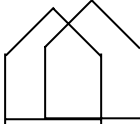
Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)

No	Aktifitas	Kemampuan	Skor
1.	Bagaimana kemampuan transfer (perpindahan posisi) Bapak/ Ibu dari posisi tidur ke posisi duduk ?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Dibantu satu orang - Dibantu dua orang - Tidak mampu 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
2.	Bagaimana kemampuan berjalan(mobilisasi) Bapak/Ibu?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Dibantu satu orang - Dibantu dua orang - Tidak mampu 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
3.	Bagaimana penggunaan toilet (pergike/dari WC, melepas/mengenakan celana, menyeka, menyiram) Bapak/Ibu ?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Perlu pertolongan orang lain - Tergantung oranglain 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
4.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu dalam membersihkan diri (lapmuka, sisir rambut, sikat gigi) ?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Perlu pertolongan orang lain - Tergantung orang lain 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
5.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu mengontrol BAB?	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinen teratur - Kadang – kadang inkontinen - Inkontinen 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
6.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu mengontrol BAK?	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinen teratur - Kadang – kadang Inkontinen - Inkontinen/kateter 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
7.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu dalam membersihkandiri (mandi)	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Tergantung orang lain 	<p>1</p> <p>0</p>

8.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu dalam berpakaian (mengenakan baju)?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Sebagian dibantu - Tergantung orang lain 	2 1 0
9.	Bagaimana kemampuan makan Bapak/ Ibu?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Perlu pertolongan - Tergantung orang lain 	2 1 0
10.	Bagaimana kemampuan Bapak/Ibu untuk naik turun tangga?	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Perlu pertolongan - Tidak mampu 	2 1 0
Skor Total (0-20)			

Lampiran 4
MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar <ul style="list-style-type: none"> - Tahun - Musim - Tanggal - Hari - Bulan
2	Orientasi registrasi	5 3		Dimana sekarang kita berada ? <ul style="list-style-type: none"> - Negara - Propinsi - Kabupaten Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas) kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100, kemudian di kurang 7 sampai 5 tingkat. <ol style="list-style-type: none"> 1. 100, 93
4	Mengingat	3		Meminta klien untuk menyebutkan objek pada poin 2 : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
5	Bahasa	9		Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut). <ol style="list-style-type: none"> 1). Bantal 2). Lemari 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak

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

Lampiran 5

Pengkajian *SPMSQ* (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini ?
		2	Hari apa sekarang ?
		3	Apa nama tempat ini ?
		4	Dimana alamat anda ?
		5	Berapa alamat anda ?
		6	Kapan anda lahir ?
		7	Siapa presiden indonesia ?

Lampiran 6

ADL (Instrument Activity Daily Living)

No.	Activity Daily Living	Score
1	Kemampuan untuk menggunakan telepon a. Mengoperasikan telepon berdasarkan kemauan sendiri; melihat dan menekan nomor b. Menekan beberapa nomor yang mudah diketahui c. Menjawab telepon, tapi tidak menekan nomor d. Tidak menggunakan telepon sama sekali	1 1 1 1
2	Berbelanja a. Menangani semua belanjaan kebutuhan secara mandiri. b. Belanja sendiri (mandiri) untuk pembelian yang kecil. c. Perlu ditemani saat berbelanja. d. Benar-benar tidak bisa berbelanja.	1 0 0 0
3	Mempersiapkan makanan a. Merencanakan, menyiapkan dan menyajikan makanan yang cukup secara mandiri. b. Menyiapkan makanan yang cukup jika disediakan dengan bahan-bahanya . c. Memanaskan dan menyajikan makanan yang sudah disiapkan atau menyiapkan makanan atau tidak menjaga diet yang cukup. d. Memerlukan makanan yang sudah disiapkan dan disajikan.	1 0 0 0
4	Pekerjaan rumah tangga a. Memelihara rumah sendiri dengan beberapa bantuan(pekerjaan berat) b. Melakukan tugas rumah yang ringan seperti mencucipiring dan menata tempat tidur (kasur) c. Melakukan tugas rumah yang ringan, tapi tidak menjagastandar kebersihan yang dapat diterima. d. Membutuhkan bantuan dalam semua tugas pemeliharaan rumah. e. Tidak berpartisipasi dalam segala tugas menjaga/memelihara rumah.	1 1 1 1 0
5	Mencuci baju a. Benar-benar mencuci baju sendiri. b. Mencuci barang-barang kecil, membilas kaos kaki, stocking, dll c. Semua cucian baju harus dilakukan oleh orang lain.	1 1 0

6	Moda transportasi	
	a. Bepergian secara mandiri dengan transportasi umum atau mengendarai mobil sendiri.	1
	Mengatur sendiri perjalanan dengan taxi, jika tidak menggunakan transportasi umum.	1
	c. Bepergian menggunakan transportasi umum saat dibantu atau ditemani orang lain.	1
	d. Bepergian sebatas dengan taxi atau aotomobile dengan bantuan orang lain.	0
	e. Tidak bepergian sama sekali.	0
7.	Tanggung jawab untuk obatnya sendiri	
	a. Pasien cukup bertanggung jawab untuk meminum obat sesuai dosis dan waktu yang tepat.	1
	b. Bertanggung jawab jika obat sudah disiapkan dalam dosis yang berbeda.	0
	c. Tidak mampu dalam mengatur obatnya sendiri.	0
8.	Kemampuan menhandel keuangan	
	a. Mengatur masalah keuangan secara mandiri (budget, menulis check, membayar angsuran dan tagihan, pergi ke bank); mengumpulkan dan menyimpan bukti pendapatan.	1
	b. Mengatur pengeluaran sehari-hari, tapi membutuhkan bantuan dalam pergi ke di bank, pengeluaran utama, dll.	0
	c. Tidak mampu menhandle uang (keuangan)	0

