

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep dasar Stroke Hemoragik

2.1.1. Pengertian

Stroke adalah penyakit pada sirkulasi serebral. Menurut definisi WHO, stroke adalah suatu kondisi di mana gejala klinis yang berkembang pesat diamati dalam bentuk defisit neurologis fokal dan global, yang dapat menjadi parah dan berlangsung selama 24 jam atau lebih, atau menyebabkan kematian tanpa penyebab lain yang jelas. Stroke terjadi ketika pembuluh darah di otak tersumbat atau pecah. Akibatnya, sebagian otak tidak menerima aliran darah yang membawa oksigen yang dibutuhkannya untuk mengalami kematian sel/jaringan.

2.1.2. Etiologi

Stroke dibagi 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. Strokotrombotik : proses terbentuknya trombus yang menyebabkan penggumpalan.

B. Stroke embolik : tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.

C. Hipoperfusi embolik : berkurangnya aliran darah keseluruhan 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 dua jenis yaitu:

- A. Hemoragik intra serebral : pendarahan yang terjadi di dalam jaringan otak.
- B. Hemoragik subaraknoid : pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan selaput yang menutupi otak)

Ada banyak faktor yang menentukan seseorang apakah itu stroke atau bukan. Menurut Magistris (2018), faktor-faktor tersebut adalah diantaranya adalah:

- 1. Usia
- 2. Hipertensi
- 3. Mengalami riwayat stroke sebelumnya
- 4. alkohol
- 5. Obat-obatan narkoba

2.1.3. Patofisiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah dengan ekstrasvasi darah ke parenkim otak karena alasan tertentu tidak trauma. Stroke hemoragik sering terjadi pada pembuluh darah rusak melemah. Penyebab paling umum dari kelemahan vaskular adalah: Stroke adalah aneurisma dan malformasi arteriovenous atau Arteriovenous Malformation (AVM). Ekstrasvasi darah ke parenkim otak dapat merusak jaringan oleh kompresi jaringan oleh perluasan hematoma.

Faktor predisposisi yang menyebabkan perdarahan sering terjadi ada peningkatan tekanan darah. memiliki tekanan darah tinggi salah satu faktor hemodinamik kronis yang menyebabkan vaskular perubahan struktural atau kerusakan pembuluh darah terjadi di dalam darah. Perubahan struktural yang terjadi adalah lapisan elastis luar dan sejenisnya lapisan acak yang tiba-tiba dapat diperoleh pembuluh darah pecah pembuluh darah.

Ekstravasasi darah ke dalam parenkim otak bagian dalam memakan waktu beberapa jam dan jika kerumunan besar itu akan bertahan lama dengan peningkatan tekanan pada jaringan sekitarnya intrakranial Tekanan seperti itu dapat menyebabkan kegagalan suplai darah ke jaringan yang rusak dan akhirnya dapat menghasilkan Infark, apalagi darah yang bocor selama ekstrasvasi terpengaruh beracun ke jaringan otak menyebabkan peradangan jaringan otak Peradangan jaringan otak ini berkontribusi pada kerusakan otak sekunder. Proses dan serangan stroke yang cepat pendarahan cepat, proses cepat penanganan yang cepat dan menjadi hal yang penting (Haryono & Sari Utami, 2019).

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak sehingga darah menutupi atau menggenangi ruang dalam jaringan sel otak, dengan adanya genangan darah dan menutupi ruang-ruang jaringan sel otak menyebabkan kerusakan dan fungsi jaringan sel otak kontrol di otak. Genangan darah dapat terbentuk di otak sekitarnya pembuluh darah pecah (perdarahan intracerebral) atau bisa juga Genangan darah menyerbu ruang yang mengelilingi otak (penyakit hemoragik

subarachnoid) dan ketika stroke terjadi, itu bisa sangat luas dan mematikan dan bahkan sampai mati. Sebagian besar keadaan Kerapuhan sering terjadi akibat pengerasan dinding pembuluh Plak atau aterosklerosis bisa lebih serius lagi bila disertai gejala hipertensi (Setiawan, 2021).

2.1.4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala stroke hemoragik bervariasi tergantung letak pembuluh darah yang pecah atau jenis stroke hemoragik yang diderita penderita. Pendarahan otak biasanya terjadi tanpa peringatan dan memburuk setelah 30 sampai 90 menit. Tanda dan gejala stroke hemoragik dapat mencakup satu atau lebih hal berikut:

1. Tiba-tiba sakit kepala parah.
2. Sensitivitas cahaya, cahaya terang menyebabkan sakit seperti sakit kepala yang parah (fotofobia).
3. Pusing atau vertigo.
4. Mual
5. Muntah
6. Kejang
7. Pingsan
8. Afasia (kesulitan berbicara atau kehilangan kemampuan untuk berbicara) atau bicara cadel atau kacar (disartria).
8. Kelemahan pada satu sisi tubuh
9. Kelumpuhan atau kehilangan sensasi atau indra peraba.
10. Kehilangan satu sisi dari semua indra dua sisi (penglihatan, pendengaran dan sentuhan).
11. Kaku pada leher

2.1.5. Komplikasi

Stroke hemoragik merupakan penyakit yang dapat menyebabkan

kecacatan sementara atau bahkan permanen, tergantung pada tingkat keparahannya. Selain itu, beberapa komplikasi yang ditimbulkan oleh stroke hemoragik antara lain sebagai berikut:

1. Mengalami kelumpuhan
2. Kehilangan ingatan dan kesulitan berpikir
3. Kesulitan berbicara dan menelan
4. Merasakan nyeri di beberapa bagian tubuh
5. Sensitif terhadap perubahan suhu
6. Emosi sulit dikendalikan

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan antara lain:

1. CT scan atau MRI untuk mengetahui letak perdarahan, seberapa besar kerusakan jaringan yang ada di otak, dan apakah ada kelainan lain di jaringan otak seperti tumor
2. Angiografi otak, tes yang menggunakan sinar-X untuk menemukan pembuluh darah yang pecah dan mendeteksi kelainan pembuluh darah.
3. Hitung darah lengkap untuk memeriksa seberapa cepat bekuan darah dapat terbentuk
4. Pungsi lumbal untuk menentukan apakah cairan serebrospinal bercampur darah (tanda positif stroke hemoragik subaraknoid)

2.1.7. Penatalaksanaan

Untuk stroke hemoragik, tujuan pengobatan awal adalah menghentikan pendarahan dan menurunkan tekanan intrakranial. Tekanan intrakranial adalah tekanan di dalam rongga kepala yang dipengaruhi oleh

kondisi jaringan otak, cairan otak dan pembuluh otak. Pada stroke hemoragik, tekanan intrakranial sering meningkat dan terjadi gangguan pada sel otak. Pengobatan untuk stroke hemoragik meliputi:

1. Obat penurun tekanan darah. Seperti pada stroke iskemik, pada tahap awal penurun tekanan darah tidak terlalu rendah untuk mempertahankan aliran darah otak.
2. Obat anti kejang diberikan bila kejang terjadi akibat rangsangan pada selaput otak akibat pendarahan
3. Jika pasien masih minum obat pengencer darah sebelum stroke, dokter akan menghentikan minum obat tersebut. Dokter juga dapat meresepkan faktor pembekuan darah atau obat lain yang menghalangi efek dari obat pengencer darah ini.
4. Obat-obatan yang menurunkan tekanan intra kranial, misalnya dengan pemberian manitol melalui infus.
5. Tindakan operasi. Prosedur ini dilakukan bila pengobatan, perdarahan dan tekanan intrakranial yang tinggi tidak dapat diatasi.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Stroke Hemoragik

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada klien stroke hemoragik adalah sebagai berikut:

1. Anamnesis (Khaira, 2018)
 - a. Identitas Klien

1) Umur

Stroke dapat menyerang semua umur, tetapi lebih sering dijumpai pada populasi usia tua. Setelah berumur 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Pada stroke hemoragik dengan perdarahan intraserebral lebih sering ditemukan pada usia 45-60 tahun, sedangkan stroke hemoragik dengan perdarahan subarachnoid lebih sering ditemukan pada usia 20-40 tahun.

2) Jenis Kelamin

Laki-laki lebih cenderung terkena stroke lebih tinggi dibandingkan wanita, dengan perbandingan 1,3 : 1, kecuali pada usia lanjut laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda. Laki-laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 tahun kemungkinan terkena stroke 25%, sedangkan risiko bagi wanita hanya 20%. Pada laki-laki cenderung terkena stroke iskemik sedangkan wanita lebih sering menderita stroke *hemoragic subarachnoid* dan kematiannya 2 kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki.

3) Pekerjaan

Stroke dapat menyerang jenis pekerjaan lainnya dan beberapa ahli menyebutkan bahwa stroke cenderung diderita oleh golongan dengan sosial ekonomi yang tinggi karena berhubungan dengan pola hidup, pola makan, istirahat dan aktivitas. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar (50%) berpendidikan sarjana, yang memiliki kecenderungan adanya perubahan gaya dan pola hidup yang dapat memicu terjadinya stroke

2. Keluhan Utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran (Gefani, 2017).

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Rahmayanti, 2019).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan. Selain itu, pada riwayat penyakit dahulu juga ditemukan riwayat tinggi kolesterol, merokok, riwayat pemakaian kontrasepsi yang disertai hipertensi dan meningkatnya kadar estrogen, dan riwayat konsumsi alkohol (Khaira, 2018).

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Khaira, 2018).

6. Pola Fungsi Kesehatan (Wati, 2019)

a. Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan

Berkaitan dengan fungsi peran yang tergambar dari penyesuaian atau pencerminan diri yang tidak adekuat terhadap peran baru setelah stroke serta masih menerapkan pola tidak sehat yang dapat memicu serangan stroke

berulang. Pengkajian perilaku adaptasi interdependen pada pasien paska stroke antara lain identifikasi sistem dukungan sosial pasien baik dari keluarga, teman, maupun masyarakat

b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien stroke sering mengalami disfagia yang menyebabkan gangguan intake dan pola nutrisi. Respons adaptasi tidak efektif yang sering ditunjukkan pasien antara lain mual, muntah, penurunan asupan nutrisi dan perubahan pola nutrisi. Stimulus fokal yang sering menyebabkan respons adaptasi tidak efektif pada pola nutrisi pasien stroke yaitu disfagia dan penurunan kemampuan mencerna makanan. Stimulus kontekstual yaitu kelumpuhan saraf kranial, faktor usia dan kurangnya pengetahuan tentang cara pemberian makanan pada pasien stroke yang mengalami disfagia. Stimulus residual yaitu faktor budaya serta pemahaman pasien dan keluarga tentang manfaat nutrisi bagi tubuh.

c. Pola Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi BAB dan BAK, konsistensi feses, jumlah dan warna urin, inkontinensia urin, inkontinensia bowel, dan konstipasi. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan teknik steril. Inkontinensia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Sulit beraktivitas, kehilangan sensasi penglihatan, gangguan tonus otot, gangguan tingkat kesadaran.

e. Pola Tidur dan Istirahat

Mudah lelah, kesulitan istirahat (nyeri atau kejang otot).

f. Pola Hubungan dan Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

Konsep diri merupakan pandangan individu tentang dirinya yang terbentuk dari persepsi internal dan persepsi berdasarkan reaksi orang lain terhadap dirinya. Konsep diri terbagi menjadi dua aspek yaitu fisik diri dan personal diri. Fisik diri adalah pandangan individu tentang kondisi fisiknya yang meliputi atribut fisik, fungsi tubuh, seksual, status sehat dan sakit, dan gambaran diri. Personal diri adalah pandangan individu tentang karakteristik diri, ekspresi, nilai yang meliputi konsistensi diri, ideal diri, dan moral etika spiritual diri

h. Pola Sensori dan Kognitif

Sinkop atau pingsan, vertigo, sakit kepala, penglihatan berkurang atau ganda, hilang rasa sensorik kontralateral, afasia motorik, reaksi pupil tidak sama

i. Pola Penanggulangan Stress

Dalam hubungannya dengan kejadian stroke, keadaan stress dapat memproduksi hormone kortisol dan adrenalin yang berkontribusi pada proses aterosklerosis. Hal ini disebabkan oleh kedua hormon tadi meningkatkan jumlah trombosit dan produksi kolesterol. Kortisol dan adrenalin juga dapat merusak sel yang melapisi arteri, sehingga lebih mudah bagi jaringan lemak untuk tertimbun di dalam dinding arteri

j. Pola Tata Niai dan Kepercayaan

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

7. Pemeriksaan Fisik (Amanda, 2018)

a. Keadaan Umum

Tingkat kesadaran menurun karena terjadinya perdarahan yang menyebabkan kerusakan otak kemudian menekan batang otak. Evaluasi tingkat kesadaran secarasederhana dapat dibagi atas :

- a) Compos mentis : kesadaran baik
- b) Apatis : perhatian kurang
- c) Samnolen : kesadaran mengantuk
- d) Stupor : kantuk yang dalam pasien dibangunkan dengan rangsangan nyeri yang kuat
- e) Soparokomatus : keadaan tidak ada respon verbal
- f) Tidak ada respon sama sekali

b. Tanda-Tanda Vital

- a) Tekanan darah : pasien stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80 mmHg
- b) Nadi : pasien stroke nadi terhitung normal
- c) Pernapasan : pasien stroke mengalami nafas cepat dan terdapat gangguan pada bersihan jalan napas
- d) Suhu tubuh : pada pasien stroke tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

c. Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Pemeriksaan Kepala

- 1) Kepala : Pada umumnya bentuk kepala pada pasien stroke normocephalik
- 2) Rambut : Pada umumnya tidak ada kelainan pada rambut pasien
- 3) Wajah : Biasanya pada wajah klien stroke terlihat miring kesalah satu sisi.

b) Pemeriksaan Integumen

- 1) Kulit : Biasanya pada klien yang kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit kan jelek.
- 2) Kuku : Biasanya pada pasien stroke hemoragik ini capillary refill timenya < 3detik bila ditangani secara cepat dan baik

c) Pemeriksaan Dada

Pada inspeksi biasanya didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Pada auskultasi biasanya terdengar bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada kliendengan tingkat kesdaran compos mentis, pada pengkajian inspeksi biasanya pernafasan tidak ada kelainan. Palpasi thoraks didapatkan fremitus kiri dan kanan, dan pada ausklutasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan

d) Pemeriksaan Abdomen

Biasanya pada klien stroke didapatkan distensi pada abdomen, dapatkan penurunanperistaltik usus, dan kadang-kadang perut klien terasa kembung.

e) Pemeriksaan Genitalia

Biasanya klien stroke dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril, inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

f) Pemeriksaan Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra / sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer(+)).

2) Ekstremitas Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (*bluedzensky* (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek *babinsky* (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak beresponn (reflek *caddok* (+)). Pada saat tulang

kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek *openheim* (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek *gordon* (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketuk (reflek *patella* (+)).

g) Pemeriksaan Neurologis

1) Pemeriksaan Nervus Cranialis

(a) Nervus I (Olfaktorius). Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

(b) Nervus II (Optikus). Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial biasanya sering terlihat pada klien hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

(c) Nervus III (Okulomotoris), IV (Troclearis), dan VI (Abduksen).

Pemeriksaan ini diperiksa secara bersamaan, karena saraf ini bekerjasama dalam mengatur otot-otot ekstraokular. Jika akibat stroke menyebabkan paralisis, pada satu sisi okularis biasanya didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.

(d) Nervus V (Trigeminus). Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi pterigoideus internus dan eksternus.

(e) Nervus VII (Fasialis). Pada keadaan stroke biasanya persepsi pengecapan dalam batas normal, namun wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

(f) Nervus VIII (Vestibulokoklearis/Akustikus). Biasanya tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

(g) Nervus IX (Glossofaringeus) dan X (Vagus). Secara anatomi dan fisiologi berhubungan erat karena glossofaringeus mempunyai bagian sensori yang mengantarkan rangsangan pengecapan, mempersarafi sinus karotikus dan korpuskarotikus, dan mengatur sensasi faring. Bagian dari faring dipersarafi oleh saraf vagus. Biasanya pada klien stroke mengalami penurunan kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut.

(h) Nervus XI (Aksesoris). Biasanya tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius

(i) Nervus XII (hipoglossus). Biasanya lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi serta indra pengecapan normal.

2) Pemeriksaan Motorik

Biasanya didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparisis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain. Juga biasanya mengalami gangguan keseimbangan dan koordinasi karena hemiplegia dan hemiparisis. Pada penilaian dengan menggunakan kekuatan otot, tingkat kekuatan otot pada sisi yang sakit adalah 0.

3) Pemeriksaan Refleks

Pada pemeriksaan refleks patologis. Biasanya pada fase akut refleksi fisiologis yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleksi fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleksi patologis.

8. Pemeriksaan Pada Penderita Koma

1) Gerakan penduler tungkai

Pasien tetap duduk di tepi tempat tidur dengan tungkai tergantung, kemudian kaki diangkat ke depan dan dilepas. Pada waktu dilepas akan ada gerakan penduler yang makin lama makin kecil dan biasanya berhenti 6 atau 7 gerakan. Bedanya pada rigiditas ekstrapiramidal akan ada pengurangan waktu, tetapi tidak teratur atau tersendat-sendat.

2) Menjatuhkan tangan

Tangan pasien diangkat kemudian dijatuhkan. Pada kenaikan tonus (hipertoni) terdapat penundaan jatuhnya lengan ke bawah. Sementara pada hipotoni jatuhnya cepat.

3) Tes menjatuhkan kepala

Pasien berbaring tanpa bantal, pasien dalam keadaan relaksasi, mata terpejam. Tangan pemeriksa yang satu diletakkan di bawah kepala pasien, tangan yang lain mengangkat kepala dan menjatuhkan kepala lambat. Pada kaku kuduk (nuchal rigidity) karena iritasi meningeal terdapat hambatan dan nyeri pada fleksi leher.

8. Pengkajian khusus

1) Masalah Kesehatan Kronis

Tabel 2.1 Masalah kesehatan kronis

Masalah kesehatan kronis				
	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
Fungsi penglihatan				
1. penglihatan kabur				
2. mata berair				
3. nyeri pada mata				
Fungsi pendengaran				
4. Pendengaran berkurang				
5. Telinga berdenging				
Fungsi paru (pernafasan)				
6. Batuk lama disertai keringat malam				
7. Sesak nafas				
8. Berdahak/sputum				
Fungsi jantung				
9. Jantung berdebar-debar				
10. Cepat lelah				
11. Nyeri dada				
Fungsi pencernaan				
12. Mual/ muntah				
13. Nyeri ulu hati				
14. Makan dan minum banyak (berlebihan)				
15. Perubahan kebiasaan BAB (diareatau sembelit)				
Fungsi pergerakan				
16. Nyeri kaki saat berjalan				
17. Nyeri punggung atau tulang belakang				
18. Nyeri persendian atau bengkak				
Funfsi persarafan				
19.Lumpuh/ kelemahan pada kaki atau tangan				
20. Kehilangan rasa				
21. Gemetar/trermor				
22. Nyeri/pegal pada daerag tengkuk				

**Fungsi saluran
perkemihan**
 23. BAK banyak
 24. Sering BAK
 pada malam hari
 25. Tidak mampu
 mengontrol
 pengeluaran air
 kemih (mengompol)

Total:

Interpretasi hasil:

Skor ≤ 25 : Tidak ada masalah kesehatan kronis sampai dengan
 masalah kesehatan ringan

Skor 26-50 : Masalah kesehatan kronis sedang

Skor ≥ 51 : Masalah kesehatan kronis berat

2) Status Fungsional

(a) KATZ Indeks

Tabel 2.2 KATZ Indeks

Pasien 1			
No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri: Dapat mengerjakan sendiri atau bantuan 1 bagian tertentu (punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		
2	Berpakaian Mandiri: Seluruhnya tanpa bantuan, mengambil baju dari lemari dan memakai pakaian luar lengkap dengan mengancing, mungkin memiliki bantuan mengikat sepatu Tergantung: Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3	Pergi ke toilet Mandiri: Masuk dan keluar dari toilet		

	kemudian membersihkan genitalia sendiri Tergantung: Meneria bantuan atau masuk ke toilet dan menggunakan pispot
4	Berpindah (berjalan) Mandiri: Berpindah ke an dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Tergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan
5	Kontinen (BAB dan BAK) Mandiri: BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung: Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)
6	Makan Mandiri: mengambil makanan dari piring dan menyuapi sendiri Tergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)

Interpretasi hasil:

Nilai A : Mandiri dalam semua aktivitas tanpa kecuali

Nilai B : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet dan satu fungsi tambahan

Nilai F : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

(b) Barthel Indeks

Tabel 2.3 Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :

2.	Minum	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
3.	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur, sebaliknya	5 – 10	15	
4.	Personal toilet (cuci muka, menysisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi
5.	Keluar masuk toilet (mencucipakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6.	Mandi	5	15	Frekuensi
7.	Jalan dipermukaan datar	0	15	
8.	Naik turun tangga	5	10	
9.	Mengenakan pakaian	5	10	
10.	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi Konsistensi :
11.	Kontrol bladder (BAK)	5	10	
12.	Olah raga /latihan	5	10	
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	

Interpretasi hasil:

130 : Mandiri

65 – 125: Ketergantungan sebagian

60 : Ketergantungan total

3) Risiko Jatuh dengan *Morse Fall Scale* (MSC)

Tabel 2.4 Risiko Jatuh

Pengkajia n	Skala	Skor
Riwayat jatuh;	Tidak	0
Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Ya	25
Diagnosa sekunder;	Tidak	0
Apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Ya	15
Alat bantu jalan;		
<i>Bed rest/</i> dibantu		0
Kruk/ tongkat/ <i>walker</i>		15
Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		30
Terapi intravena;	Tidak	0
Apakah lansia saat ini terpasang infus?	Ya	20
Gaya berjalan/ cara berpindah		
Normal/ <i>bed rest/ immobile</i>		0
Lemah (tidak bertenaga)		10
Gangguan/ tidak normal (pincang, diseret)		20
Status mental		
Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri		0

Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	15
--	----

Interpretasi hasil:

Skor MFS	Tingkatan Risiko	Tindakan
0 - 24	Tidak berisiko	Perawatan dasar
25 - 50	Risiko rendah	Pelaksanaan intervensi mencegah jatuh standar
$\geq$	Risiko tinggi	Pelaksanaan intervensi mencegah jatuh tinggi

4) Keseimbangan dengan *Berg Balance Scale* (BBS)

Tabel 2.5 keseimbangan

Item keseimbangan	Skor (0-4)	Skor
Duduk ke berdiri	4 = dapat berdiri tanpa menggunakan tangan dan menstabilkan independen 3 = mampu berdiri secara independen menggunakan tangan setelah mencoba 2 = mampu berdiri menggunakan tangan setelah mencoba 1 = perlu bantuan minimal untuk berdiri atau menstabilkan 0 = perlu asisten sedang atau maksimal untuk berdiri	
Berdiri tanpa penunjang	4 = dapat berdiri dengan aman selama 2 menit 3 = mampu berdiri 2 menit dengan pengawasan 2 = dapat berdiri 30 detik yang tidak dibantu/ ditunjang 1 = membutuhkan beberapa waktu untuk mencoba berdiri 30 detik yang tidak dibantu 0 = tidak dapat berdiri secara mandiri selama 30 detik	
Duduk tanpa penunjang	4 = bisa duduk dengan aman dan nyaman selama menit 3 = bisa duduk 2 menit dengan pengawasan 2 = mampu duduk selama 30 detik 1 = bisa duduk 10 detik 0 = tidak dapat duduk tanpa penunjang	
Berdiri ke duduk	4 = duduk dengan aman dengan menggunakan	

	minimal tangan 3 = mengontrol posisi turun dengan menggunakan tangan 2 = menggunakan punggung kaki terhadap kursi untuk mengontrol posisi turun 1 = duduk secara independen tetapi memiliki keturunan yang tidak terkendali 0 = kebutuhan membantu untuk duduk
Transfer	4 = dapat mentransfer aman dengan penggunaan ringan tangan 3 = dapat mentransfer kebutuhan yang pasti aman dari tangan 2 = dapat mentransfer dengan pengawasan 1 = membutuhkan satu orang untuk membantu 0 = membutuhkan dua orang untuk membantu atau mengawasi
Berdiri dengan mata tertutup	4 = dapat berdiri 10 detik dengan aman 3 = dapat berdiri 10 detik dengan pengawasan 2 = mampu berdiri 3 detik 1 = tidak dapat menjaga mata tertutup 3 detik tapi tetap aman 0 = membutuhkan bantuan agar tidak jatuh
Berdiri dengan kaki rapat	4 = mampu menempatkan kaki bersama-sama secara independen dan berdiri 1 menit aman 3 = mampu menempatkan kaki bersama-sama secara independen dan berdiri 1 menit dengan pengawasan 2 = mampu menempatkan kaki bersama-sama secara mandiri tetapi tidak dapat tahan selama 30 detik 1 = memerlukan bantuan untuk mencapai posisi tapi mampu berdiri kaki bersama-sama selama 15 detik 0 = memerlukan bantuan untuk mencapai posisi dan tidak dapat tahan selama 15 detik
Menjangkau ke depan dengan tangan	4 = dapat mencapai ke depan dengan percaya diri

	25 cm (10 inci) 3 = dapat mencapai ke depan 12 cm (5 inci) 2 = dapat mencapai ke depan 5 cm (2 inci) 1 = mencapai kedepan tetapi membutuhkan Pengawasan 0 = kehilangan keseimbangan ketika mencoba/ memerlukan dukungan eksternal
Mengambil barang dari lantai	4 = dapat mengambil sandal aman dan mudah 3 = dapat mengambil sandal tetapi membutuhkan pengawasan 2 = tidak dapat mengambil tetapi mencapai 2 - 5 cm (1 - 2 inci) dari sandal dan menjaga keseimbangan secara bebas 1 = tidak dapat mengambil dan memerlukan pengawasan ketika mencoba 0 = tidak dapat mencoba/ membantu kebutuhan untuk menjaga dari kehilangan keseimbangan atau jatuh
Menoleh ke belakang	4 = tampak belakang dari kedua sisi dan berat bergeser baik 3 = tampak belakang satu sisi lain menunjukkan pergeseran berat badan kurang 2 = hanya menyamping tetapi tetap mempertahankan keseimbangan 1 = perlu pengawasan saat memutar 0 = butuh bantuan untuk menjaga dari kehilangan keseimbangan atau jatuh
Berputar 360 derajat	4 = mampu berputar 360o dengan aman dalam 4 detik atau kurang 3 = mampu berputar 360o dengan aman satu sisi hanya 4 detik atau kurang 2 = mampu berputar 360o dengan aman tetapi perlahan-lahan 1 = membutuhkan pengawasan yang ketat atau dengan lisan 0 = mebutuhkan bantuan saat memutar

Menempatkan kaki bergantian dibangku	4 = mampu berdiri secara independen dengan aman dan menyelesaikan 8 langkah dalam 20 detik 3 = mampu berdiri secara mandiri dan menyelesaikan 8 langkah dalam > 20 detik 2 = dapat menyelesaikan 4 langkah tanpa bantuan dengan pengawasan 1 = dapat menyelesaikan > 2 langkah perlu assit minimal 0 = membutuhkan bantuan agar jatuh/ tidak mampu untuk mencoba
Berdiri dengan satu kaki didepan	4 = mampu menempatkan tandem kaki secara independen dan tahan 30 detik 3 = mampu menempatkan kaki depan independen dan tahan 30 detik 2 = dapat mengambil langkah kecil secara mandiri dan tahan 30 detik 1 = kebutuhan membantu untuk melangkah tapi dapat menyimpan 15 detik 0 = kehilangan keseimbangan saat melangkah atau berdiri
Berdiri dengan satu kaki	4 = mampu mengangkat kaki secara independen dan tahan > 10 detik 3 = mampu mengangkat kaki secara independen dan tahan 5 -10 detik 2 = mampu mengangkat kaki secara independen dan tahan ≥ 3 detik 1 = kebutuhan membantu untuk melangkah tapi dapat menyimpan 15 detik 0 = kehilangan keseimbangan saat melangkah atau berdiri
Total skor :	

Interpretasi Hasil :

0 - 20 : Harus memakai kursi roda

21 - 40 : Berjalan dengan bantuan

40 - 56 : Mandiri/ independen

5) Status Mental

(a) Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan Short Potable Mental Status Questioner (SPSMQ)

Tabel 2.6 Identifikasi tingkat kerusakan intelektual

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		01.	Tanggal berapa hari ini ?
		02.	Hari apa sekarang ?
		03.	Apa nama tempat ini ?
		04.	Dimana alamat anda ?
		05.	Berapa umur anda ?
		06.	Kapan anda lahir ? (minimal tahun lahir)
		07.	Siapa presiden Indonesia sekarang ?
		08.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
		09.	Siapa nama ibu anda ?
		10.	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari tiap angka baru semua secara menurun.
Total	Total		

Interprestasi data

- ❖ Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh
- ❖ Salah 4 – 5 : Kerusakan intelektual ringan
- ❖ Salah 6 – 8 : kerusakan intelektual sedang
- ❖ Salah 9 – 10: Kerusakan intelektual berat

(b) Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan

Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 2.7 Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar ❖ Tahun ❖ Musim ❖ Tanggal ❖ Hari ❖ Bulan
2.	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada ? ❖ Negara Indonesia ❖ Profinsi Jawa Barat ❖ Kota ❖ PSTW ... ❖ Wisma ...
3.	Registrasi	3		Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek. Kemudian tanyakan kepada klien 3 objek tadi (untuk disebutkan) ❖ Objek ❖ Objek ❖ Objek
4.	Perhatian dan	5		Minta klien untuk memulai

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
	kalkulasi			dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat ❖ 93 ❖ 86 ❖ 79 ❖ 72 ❖ 65
5.	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada No. 2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1point untuk masing-masing objek.
6.	Bahasa	9		Tunjukan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien • (Misal jam tangan) • (Misal pensil) Minta klien untuk mengulang kata berikut “ Tak ada jika, tetapi. Bila benar 1 point. • Pertanyaan 2 buah : tak ada, tetapi.

NO	ASPEK	NILAI	NILAI	KRITERIA
	KOGNITIF	MAKS	KLIEN	
				Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah ” Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh dilantai’. • Ambil kertas di tangan anda • Lipat dua • Taruh dilantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah point 1) • ”Tutup mata anda”. Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar. • Tulis satu kalimat • Menyalin gambar

Interpretasi hasil :

❖ **TOTAL : 22**

❖ > 23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik

❖ 18 – 22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

❖ ≤ 17 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

6) Status psikologi

(a) Identifikasi Masalah Emosional

Pertanyaan tahap I

- Apakah klien mengalami sukar tidur ?
- Apakah klien merasa gelisah ?
- Apakah klien murung atau menangis sendiri?
- Apakah klien sering was-was atau khawatir?

↓
Lanjutkan ke pertanyaan tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan
1 jawaban “ya”

Pertanyaan tahap 2

- Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam sebulan?
- Ada masalah atau banyak pikiran/
- Adanya gangguan/masalah dengan keluarga lain?
- Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- Cenderung mengurung diri?

↓
Bila lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “ya”

Masalah Emosional Positif (+)

(b) Skala Depresi Geriatrik

Tabel 2.8 Skala Depresi Geriatrik

NO PERTANYAAN		YA	TIDAK
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda ?	0	1

2	apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda?	1	0
3	apakah anda merasa kehidupan anda hampa?	1	0
4	apakah anda sering merasa bosan ?	1	0
5	apakah anda mempunyai semangat baik setiap saat?	0	1
6	apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	1	0
7	apakah anda merasa bahagia pada sebagian hidup anda?	0	1
8	apakah anda sering merasa tidak berdaya ?	1	0
9	apakah anda lebih senang tinggal dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	1	0
10	apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	1	0
11	apakah anda pikir hidup anda sekarang menyenangkan?	0	1
12	apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	1	0
13	apakah anda merasa penuh semangat?	0	1
14	apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	1	0
15	apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaanya dari anda?	1	0
TOTAL SKOR			
Interpretasi hasil :			

Normal	: 0-4
Depresi ringan	: 5-8
Depresi sedang	: 8-11
Depresi berat	: 12-15

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di tandai dengan ektrimitasnya nyeri ketika digerakan dan tampak lemah **(D.0054)**
2. Resiko luka tekan berhubungan dengan gesekan permukaan kulit ditandai dengan riwayat stroke atau tirah baring **(D.0144)**
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga tentang pencegahan stroke berulang ditandai dengan menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah **(D.0111)**
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facialis **(D.0119)**
5. Risiko jatuh b.d perubahan ketajaman penglihatan **(D.0143)**

2.2.3 Perencanaan

Tabel 2.9 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot di tandai dengan ektrimitasnya nyeri ketika digerakan dan tampak lemah (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x kunjungan selama 45 menit dapat mencapai dengan kriteria hasil : • Keluarga sudah mampu untuk mengetahui merawat anggota keluarga yang menderita stroke. • Pasien sudah merasa segar • Eksteremitas pasien sudah tidak ada nyeri ketika digerakan. • Pasien sudah tidak merasa kaku • Kekuatan otot	Dukungan mobilisasi (I.06171) 1. Identifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Fasilitasi melakukan pergerakan 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

2	Resiko luka tekan berhubungan dengan gesekan permukaan kulit ditandai dengan riwayat stroke atau tirah baring (D.0144)	Integritas kulit/jaringan meningkat (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x kunjungan selama 45 menit, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil: Kerusakan lapisan kulit menurun	Pencegahan Luka Tekan (I.14543) - Monitor berat badan dan perubahannya - Monitor status kulit harian - Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 – 2 jam - Buat jadwal perubahan posisi - Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang - Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan - Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit - Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit
---	---	---	--

3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga tentang pencegahan stroke berulang ditandai dengan menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah (D.0111)	Tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x kunjungan selama 45 menit , maka status tingkat pengetahuan meningkat,dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) - Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidupbersih dan sehat
---	--	---	---

7. Persepsi yang keliru terhadap masalah
menurun

2.2.4 Pelaksanaan

Tabel 2.10 Pelaksanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tindakan	Nama & TTD
1	1	Tindakan : 1. Identifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya (mengidentifikasi masalah yang terjadi pada pasien) Hasil : pasien mengeluh ekstermitas atas bawah kiri tidak bisa digerakan, kekuatan otot 1/5 1/5, nyeri ketika digerakan skala 3/5 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: pasien tidak bisa melakukan aktivitas hanya bisa berbaring	

3. Fasilitasi melakukan pergerakan

H: pasien dapat duduk jika dibantu oleh 2 orang, pasien mengatakan jika ingin keluar rumah perlu dibantu kursi roda

4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

H: keluarga mengatakan kurang memahami apa yang perlu dilakukan pada pasien, keluarga lebih sering membab dalam kebersihan dan pangan saja

5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

(melakukan terapi (ROM dan MIKA MIKI)

Hasil :pasien: keluarga dan pasien memahami terapi ROM dan MIKA MIKI dan mengatakan akan melakukanterapi tersebut

2 2

Tindakan :

1. Monitor berat badan dan perubahannya

H: keluarga mengatakan sebelum pasien sakit BB: 68 setelah

sakit BB: 62

2. Monitor status kulit harian

H: pasien terus melakukan tirah baring, keadaan kulit yang tertekan teraba panas

3. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 – 2 jam

H: pasien melakukan MIKA MIKI sesuai anjuran pada hari kemaren

4. Buat jadwal perubahan posisi (membuat jadwal terapi ROM dan MIKA MIKI untuk pengingat terapi)

H: membacakan jadwal terapi ROM dan MIKA MIKI untuk pasien dan memberitahuan pada keluarga, keluarga memahami

5. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang

H: keluarga dan pasien memahami

-
6. Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan

H: keluarga dan pasien memahami

7. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit (menjelaskan stadium 1-4) dalam resiko luka dekubitus

H: keluarga dan pasien baru mengetahui resiko luka tekan dan kerusakan kulitnya, keluarga dan klien kini memahami tanda- tanda kerusakan pada kulit

8. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit

H: keluarga dan pasien memahami

9. Tindakan : Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan (membuat SAP serta leaflet resiko stroke berulang dan, resiko luka tekan, serta membuatkan jadwal terapi ROM dan MIKA MIKI) memberikan
-

pendidikan mengenai stroke dan resiko stroke berulang
serta memberikan pendidikan resiko luka
tekan/dekubitus

H: keluarag dan pasien memahami penjelasan yang disampauk

10. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi
Kesehatan

H: keluarga dan pasien sudah lebih tahu

11. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
(mengajarkan untuk selalun menjaga kebersihan
rumah dan pasien)

H: keluarga dan pasien memahami

3 3

1. Mengevaluasi terapi yang telah diajarkan(latihanROM dan
MIKA MIKI)

H: keluarga dan pasien masih menerapkan terapi yang diajark

-
2. Mengevaluasi pengetahuan keluarga dan pasien dengan pendidikan yang telah diajarkan

H: keluarga dan pasien tidak lupa dengan apa yang telah diajar

3. Memotivasi keluarga dan pasien untuk tetap menjaga pola hidup sehat, dan kontrol kesehatan

H: keluarga dan pasien mengatakan akan mengecek kesehatan ke Puskesmas karena kini keluarga dan pasien mengetahui pentingnya tahu akan keadaan kesehatannya

2.2.5 Evaluasi

Menurut Nursalam (2015), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis,

yaitu:

1) Evaluasi formatif : evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi ini dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif ini penulis menilai tentang ketepatan gerak pada saat melakukan latihan ROM (Range Of Motion) yang penulis ajarkan terlebih dahulu kepada klien.

2) Evaluasi somatif : evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning). Pada evaluasi somatif ini penulis menilai tujuan akhir dari latihan ROM (Range Of Motion) yang penulis ajarkan yaitu baik atau tidaknya rentang gerak ataupun mobilitas fisik pada klien setelah melakukan latihan ROM (Range Of Motion) tersebut. Pada tahap ini penulis melakukan penilaian secara subjektif melalui ungkapan klien dan secara objektif. Evaluasi yang dilakukan sesuai dengan kriteria hasil, yaitu sebagai berikut :

1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik
2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah.

2.3 Konsep mobilitas fisik

2.3.1 Pengertian

Gerak atau mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak dan melakukan aktivitas dengan mudah, bebas dan teratur untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, baik secara mandiri, dengan bantuan orang lain, maupun hanya dengan bantuan alat (Wulandari, 2018).

Gangguan mobilitas adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak dapat bergerak bebas karena kondisi yang menghambat pergerakan (aktivitas), seperti cedera tulang belakang, kerusakan otak parah dengan patah tulang, dll. (Wulandari, 2018). Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), ini tentang gangguan mobilitas keterbatasan fisik tubuh atau satu atau lebih anggota badan secara mandiri dan sengaja.

2.3.2 Jenis Mobilitas

Keterampilan mobilitas biasanya dibagi menjadi dua, mobilitas penuh dan sebagian. Mobilitas penuh adalah kemampuan seseorang untuk bergerak atau beraktivitas bebas tanpa batasan untuk melakukan interaksi sosial dan fungsi saraf motorik dan sensorik untuk dapat mengendalikan seluruh area tubuh.

Mobilitas sebagian mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang jelas, dan dia tidak dapat bergerak bebas pada satu atau lebih anggota badan karena gangguan saraf motorik dan sensorik. Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

1. Mobilitas sebagian temporer

Kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, contohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.

2. Mobilitas sebagian permanen

Kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke, paraplegia karena cedera tulang

belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik (Widuri, 2010).

2.3.3 Etiologi

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017), faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan mobilitas fisik, adalah sebagai berikut:

1. Penurunan kendali otot
2. Penurunan kekuatan otot
3. Kekakuan sendi
4. Kontraktur
5. Gangguan muskuloskeletal
6. Gangguan neuromuskular
7. Keengganan melakukan pergerakan

2.3.4 Tanda dan gejala

Adapun tanda gejala pada gangguan mobilitas fisik yaitu :

a. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Subjektif
 - a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- 2) Objektif
 - a) Kekuatan otot menurun
 - b) Rentang gerak (ROM) menurun.

b. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Subjektif
 - a) Nyeri saat bergerak
 - b) Enggan melakukan pergerakan
 - c) Merasa cemas saat bergerak
- 2) Objektif
 - a) Sendi kaku
 - b) Gerakan tidak terkoordinasi
 - c) Gerak terbatas
 - d) Fisik lemah (Tim Pokja DPP PPNI, 2017).

2.3.5 Manifestasi Klinis

Respon fisiologis dari perubahan mobilisasi yang mungkin muncul, diantaranya :

1. Muskuloskeletal seperti kehilangan daya tahan, penurunan massa otot, atropi dan abnormalnya sendi (kontraktur) dan gangguan metabolisme kalsium
2. Kardiovaskuler seperti hipotensi ortostatik, peningkatan beban kerja jantung, dan pembentukan thrombus.
3. Pernafasan seperti atelektasis dan pneumonia hipostatik, dispnea setelah beraktifitas.
4. Metabolisme dan nutrisi antara lain laju metabolic; metabolisme karbohidrat, lemak dan protein; ketidakseimbangan cairan dan elektrolit; ketidakseimbangan kalsium; dan gangguan pencernaan (seperti konstipasi).
5. Eliminasi urin seperti stasis urin meningkatkan risiko infeksi saluran perkemihan dan batu ginjal.
6. Integument seperti ulkus dekubitus adalah akibat iskhemia dan anoksia jaringan.
7. Neurosensori: sensori deprivation (Wulandari, 2018).

2.3.6 Penatalaksanaan

Menurut Saputra (2013) dalam Adha (2017), ada beberapa penatalaksanaan gangguan mobilisasi secara umum diantaranya, yaitu :

1. Pengaturan Posisi Tubuh sesuai Kebutuhan Pasien

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas dapat disesuaikan dengan tingkat gangguan, seperti posisi fowler, sim, trendelenburg, dorsal recumbent, lithotomi, dan genu pectoral.

a. Posisi Fowler

Posisi fowler adalah posisi setengah duduk atau duduk, di mana bagian kepala

tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien.

b. Posisi Sim

Posisi sim adalah posisi miring ke kanan atau ke kiri. Posisi ini dilakukan untuk

memberi kenyamanan dan memberikan obat per anus (supositoria).

c. Posisi Trendelenburg

Pada posisi ini pasien berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah

daripada bagian kaki. Posisi ini dilakukan untuk melancarkan peredaran darah ke otak.

d. Posisi Dorsal Recumbent

Pada posisi ini pasien berbaring telentang dengan kedua lutut fleksi (ditarik atau

diregangkan) di atas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk merawat dan memeriksa genitalia serta pada proses persalinan.

e. Posisi Lithotomi

Pada posisi ini pasien berbaring telentang dengan mengangkat kedua kaki dan

menariknya ke atas bagian perut. Posisi ini dilakukan untuk memeriksa genitalia

pada proses persalinan, dan memasang alat kontrasepsi.

f. Posisi Genu Pectoral

Pada posisi ini pasien menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk memeriksa daerah rektum dan sigmoid.

2. Latihan ROM Pasif dan Aktif

Pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, diabilitas, atau trauma memerlukan latihan sendi untuk mengurangi bahaya imobilitas. Menurut Junaidi (2011) dalam Adha (2017) setelah keadaan pasien membaik dan kondisinya telah stabil baru diperbolehkan dilakukannya mobilisasi. Berikut beberapa gerakan latihan ROM yang dilakukan untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot serta memelihara mobilitas

persendian :

- a. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan
- b. Fleksi dan Ekstensi Siku
- c. Pronasi dan Supinasi Lengan
- d. Pronasi Fleksi Bahu
- e. Abduksi dan Adduksi
- f. Rotasi Bahu
- g. Fleksi dan Ekstensi Jari – jari
- h. Inversi dan Eversi Kaki
- i. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Kaki
- j. Fleksi dan Ekstensi Lutut
- k. Rotasi Pangkal Paha
- l. Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha

3. Latihan Ambulasi

- a. Duduk diatas tempat tidur
- b. Turun dari tempat tidur, berdiri, kemudian duduk di kursi roda
- c. Membantu berjalan