

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATURE**

#### **2.1 Konsep Dasar Lansia**

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

Lansia merupakan suatu proses yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh beradaptasi dengan lingkungan dan mempertahankan keseimbangan tubuh terhadap kondisi stress fisiologis (Nugroho, 2016). Pada umumnya lansia ditandai dengan penurunan fungsi-fungsi biologis, psikologis, sosial dan ekonomi (Cahya, 2023)

Lansia adalah seseorang yang berusia > 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati & Amelia, 2017). Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya biasa dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai dari sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap yaitu masa anak, dewasa dan juga tua (Suyono, 2016).

Berdasarkan dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Lansia merupakan proses alamiah yang akan di alami semua individu dikatakan lansia seseorang yang berusia > 60 tahun ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi.

### 2.1.2 Batasan Lansia

1. Menurut *World Health Organization.*, (2017)

Kelompok Lansia dapat diklasifikasikan menjadi 4 golongan yaitu:

- 1) Usia Pertengahan (*Middle age*) antara 45-50 tahun
- 2) Lansia ( *Elderly*) antara 60-74 tahun
- 3) Lansia tua (*Old*) antara 75-90 tahun
- 4) Usia sangat tua lebih dari 90 tahun (Very Old)

2. Menurut Depkes RI, (2015)

Departemen kesehatan republik Indonesia membagi lansia menjadi sebagai berikut :

- 1) Kelompok menjelang Lansia (45-54 tahun) keadaan ini dikatakan sebagai virilitas.
- 2) Kelompok lansia (55-64 tahun) sebagai masa presium.
- 3) Kelompok - kelompok lansia (>65 tahun) yang dikatakan sebagai masa senium.

### 2.1.3 Tipe Lansia

Menurut Nugroho, (2016) Lansia dapat dikelompokkan Dalam beberapa tipe yang bergantung pada karakter, Pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial dan ekonomi. Tipe ini di antara lain yaitu

### 1. Tipe optimis

Lansia santai dan periang, menyesuaikan cukup baik, mereka memandang lansia dalam bentuk bebas dari tanggung jawab dan sebagai kesempatan untuk menuruti kebutuhan pasifnya.

### 2. Tipe konstruktif

Lansiaini mempunyai integritas baik, dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi yang tinggi, *humoristic*, Fleksibel dan tahu diri. Biasanya sifat ini terlihat sejak muda. Mereka dengan tenang menghadapi proses menua dan menghadapi akhir.

### 3. Tipe ketergantungan

Lansia ini masih dapat diterima di tengah masyarakat, tetapi selalu pasif, tidak berambisi, masih tahu diri tidak mempunyai Inisiatif, dan bila bertindak tidak praktis, ia senang pensiun, tidak suka bekerja dan Senang berlibur, banyak makan dan minum.

### 4. Tipe Defensif

Lansia biasanya sebelumnya mempunyai riwayat pekerjaan atau jabatan yang tidak stabil, bersifat selalu menolak bantuan, emosi sering tidak terkontrol, memegang Teguh kebiasaan bersifat kompulsif aktif anehnya mereka takut menghadapi “menjadi tua “ dan menyenangkan masa pensiun.

#### 5. Tipe militan dan serius

Lansia yang tidak mudah menyerah, serius, senang berjuang bisa menjadi panutan.

#### 6. Tipe pemarah frustrasi

Lansia yang pemarah, tidak sabar mudah tersinggung selalu menyalahkan orang lain menunjukkan penyesuaian yang buruk, Lansia sering mengepresikan kepahitan hidupnya.

#### 7. Tipe bermusuhan

Lansia yang selalu menganggap orang lain menyebabkan kegagalan selalu mengeluh, bersifat agresif dan curiga.

#### 8. Tipe putus asa membenci dan menyalahkan diri sendiri

lansia Ini bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri, tidak mempunyai ambisi, mengalami penurunan dan sosio- ekonomi, tidak dapat menyesuaikan diri. lansia tidak hanya mengalami kemarahan, tetapi juga depresi, memandang lansia sebagai tidak berguna berguna (Nugroho, 2016).

### 2.1.4 Proses Penuaan

Proses Penuaan adalah proses dimana umur seseorang bertambah dan mengalami perubahan. Semakin bertambahnya umur maka fungsi organ juga mengalami penurunan. Proses ini diawali dengan akumulasi kerusakan sel dan jaringan akibat stres oksidatif, penurunan perbaikan DNA, serta pemendekan telomer yang mengakibatkan sel kehilangan kemampuan membelah dan mengalami *senescence* (penuaan sel). Sistem endokrin juga mengalami perubahan, seperti penurunan produksi hormon pertumbuhan, estrogen, testosteron, dan melatonin, yang berpengaruh

terhadap metabolisme, massa otot, serta kualitas tidur. Selain itu, sistem saraf menunjukkan penurunan jumlah dan fungsi neuron sehingga memengaruhi kecepatan berpikir dan koordinasi gerak. Pada sistem kardiovaskular, terjadi penurunan elastisitas pembuluh darah dan fungsi jantung sehingga meningkatkan risiko hipertensi dan penyakit jantung. Sistem imun pun melemah (*immunosenescence*), membuat lansia lebih rentan terhadap infeksi maupun penyakit kronis. Secara keseluruhan, patofisiologi menua merupakan hasil dari interaksi kompleks antara faktor genetik, biokimia, dan lingkungan yang menyebabkan penurunan kapasitas fungsional tubuh serta meningkatnya kerentanan terhadap penyakit dan kematian (Sunaryo, 2020).

### **2.1.5 Perubahan Fisiologis pada Lansia**

Menurut Azizah, (2019) perubahan fisiologis pada lansia yaitu ;

#### **1. Perubahan Fisik**

##### **1) Sistem Indra**

Ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik dapat digunakan, Sistem pendengaran presbiaskusis (gangguan pada pendengaran) Oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga.

##### **2) Sistem Muskulokeletal**

Perubahan pada kolagen merupakan penyebab turunnya fleksibilitas Pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot kesulitan berjalan dari duduk ke berdiri, berjalan dan hambatan

dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

### 3) Sistem Pernafasan

Paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, ukuran alveoli melebar dan jumlahnya berkurang, reflek dan kemampuan untuk batuk berkurang.

### 4) Sistem Kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, vertikal kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat, konsumsi pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru.

### 5) Sistem Perkemihan

Pola berkemih tidak normal, seperti banyak berkemih di malam hari, sehingga menyebabkan mereka pergi ke toilet sepanjang malam hari. Hal ini menunjukkan inkontinensia urin meningkat.

### 6) Sistem Produksi

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

## 2. Perubahan kognitif

Menurut Nugroho, (2016) ada beberapa perubahan kognitif meliputi :

### 1) *Memory* ( Daya ingat )

Kenangan jangka panjang beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan. Kenangan jangka pendek atau seketika (0-10)

## 2) *Intelegantia Quecient* (IQ)

IQ Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal, Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotorik berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu.

## 2.2 Konsep Dasar Penyakit Stroke

### 2.2.1 Definisi Stroke

Menurut WHO, stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran darah otak. Stroke terjadi akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan atau sumbatan dengan tanda dan gejala sesuai dengan otak yang terkena; yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (WHO., 2017).

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah sebagian otak. Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Huda, 2018).

Berdasarkan dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan pada fungsi syaraf atau juga bisa dikatakan suatu keadaan dimana terjadinya gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan terjadinya kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya yang berlangsung lebih dari 24 jam dengan gejala gejala tertentu.

### **2.2.2 Anatomi dan Fisiologi Otak**

#### **1. Sistem Saraf Pusat**

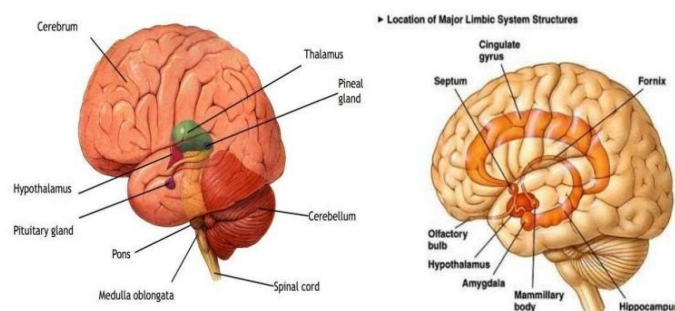
Susunan saraf pusat (SSP) yaitu otak (ensefalon) dan medula spinalis, yang merupakan pusat integrasi dan kontrol seluruh aktifitas tubuh. Bagian fungsional pada susunan saraf pusat adalah neuron akson sebagai penghubung dan transmisi elektrik antar neuron, serta dikelilingi oleh sel glia yang menunjang secara mekanik dan metabolik (Oktari, 2021).

##### **1) Otak**

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting dan sebagai pusat pengatur dari segala kegiatan manusia yang terletak di dalam rongga tengkorak. Bagian utama otak adalah otak besar (cerebrum), otak kecil (cereblum) dan otak tengah (Khanifudin, 2023).



Otak besar merupakan pusat pengendali kegiatan tubuh yang disadari. Otak besar ini dibagi menjadi dua belahan, yaitu belahan kanan dan kiri. Tiap belahan tersebut terbagi menjadi 4 lobus yaitu frontal, parietal, oksipital, dan temporal. Sedangkan disensefalon adalah bagian dari otak besar yang terdiri dari talamus, hipotalamus, dan epitalamus (Khanifudin, 2023). Otak belakang/ kecil terbagi menjadi dua subdivisi yaitu metensefalon dan mielensefalon. Metensefalon berubah menjadi batang otak (pons) dan cereblum. Sedangkan mielensefalon akan menjadi medulla oblongata (Nugroho, 2016). Otak tengah/ sistem limbic terdiri dari hipokampus, hipotalamus, dan amigdala (Khanifudin, 2023).



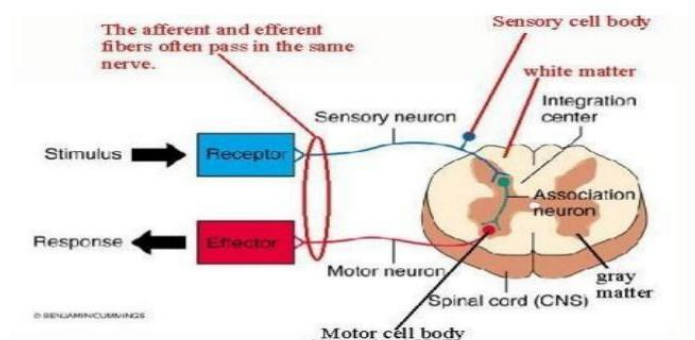
Gambar 2.1 Bagian Bagian Otak

Cairan ini juga mengisi ventrikel otak. Cairan ini menyerupai plasma darah dan cairan interstisial dan dihasilkan oleh plesus koroid dan sekresi oleh sel-sel epindemal yang mengelilingi pembuluh

darah serebral dan melapisi kanal sentral medula spinalis. Fungsi cairan ini adalah sebagai bantalan untuk pemeriksaan lunak otak dan medula spinalis, juga berperan sebagai media pertukaran nutrisi dan zat buangan antara darah dan otak serta medula spinalis (Nugroho, 2022).

## 2) Medula Spinalis (Sumsum tulang belakang)

Sumsum tulang belakang terletak memanjang di dalam rongga tulang belakang, mulai dari ruas-ruas tulang leher sampai ruas-ruas tulang pinggang yang kedua. Sumsum tulang belakang terbagi menjadi dua lapis yaitu lapisan luar berwarna putih (white area) dan lapisan dalam berwarna kelabu (grey area). Lapisan luar mengandung serabut saraf dan lapisan dalam mengandung badan saraf. Di dalam sumsum tulang belakang terdapat saraf sensorik, saraf motorik dan saraf penghubung. Fungsinya adalah sebagai penghantar impuls dari otak dan ke otak serta sebagai pusat pengatur gerak refleks (Khanifudin, 2023)



Gambar 2.2 Bagian Area Medula Spinalis

### 2.2.3 Klasifikasi Stroke

Menurut Yueniwati, (2021) klasifikasi stroke diantaranya yaitu :

1. Stroke iskemik (Non Hemoragik)

Stroke iskemik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik secara umum diakibatkan oleh aterosklerosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil (Oktari, 2021) . Pada stroke iskemik penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri karotis dalam keadaan normal memberikan darah ke sebagian besar otak. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil (Huda, 2018).

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan di dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau perdarahan ke dalam ruang subarachnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subarachnoid). Stroke hemoragik dapat terjadi apabila lesi

vaskular intraserebrum mengalami rupture sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Sebagian dari lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subarachnoid adalah aneurisma sarkular dan malformasi arteriovena (Oktari, 2021).

#### **2.2.4 Etiologi stroke**

Menurut Esti & Johan, (2020) Penyebab dari stroke antara lain :

##### **1. Trombosis Serebral**

Terjadi pada saat pembuluh darah mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesi di sekitarnya. Trombosis dapat terjadi akibat aterosklerosis pada arteritis dan juga emboli.

##### **2. Hemoragik ( Perdarahan)**

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri sebagai akibat dari pecahnya pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah tersebut diakibatkan oleh adanya aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak yang terjadi mengakibatkan penekanan, pergeseran pada jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak yang menyebabkan infark otak.

### 3. Hipoksia Umum

Hipoksia umum disebabkan oleh hipertensi yang parah, henti jantung paru, dan curah jantung turun akibat aritmia yang mengakibatkan aliran darah ke otak menjadi terganggu.

### 4. Hipoksia Setempat

Hipoksia setempat diakibatkan oleh spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala.

#### **2.2.5 Faktor Resiko Stroke**

Menurut Pradesti & Indriyani, (2020). Faktor-faktor penyebab meningkatnya resiko stroke meliputi:

1. Faktor resiko stroke yang dapat diubah yaitu Hipertensi, diabetes Melitus, merokok, atrial Fibrilasi, penyakit jantung lainnya, pasca stroke, dislipidemia, konsumsi alkohol.
2. Faktor yng tidak dapat diubah yaitu umur, jenis kelamin, ras tertentu, genetik : Mempunyai Riwayat keluarga penyakit stroke.

#### **2.2.6 Manifestasi Klinis**

Menurut Benjamin, (2020) manifestasi klinis yang ada pada penderita Stroke yaitu mengalami kelemahan dan kelumpuhan, tiba-tiba hilang rasa kepekaan, bicara pelo atau cadel, gangguan bicara, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya

ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, penurunan kesadaran, proses kencing terganggu dan mengalami gangguan fungsi otak.

### **2.2.7 Patofisiologi stroke**

Lansia sering mengalami penurunan aktivitas fisik, yang berkontribusi terhadap obesitas, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular yang merupakan semua faktor yang memicu stroke. 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 (Klaudia, 2021). Dimana infark adalah kematian jaringan dan iskemik adalah kekurangan suplai O<sub>2</sub>. Seiring bertambahnya usia, dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku dan kurang elastis. Penumpukan plak (lemak, kolesterol, dan zat lain) di dinding arteri menjadi lebih umum seiring bertambahnya usia. Ini dapat mempersempit atau menyumbat arteri yang menyuplai otak, menyebabkan stroke iskemik. Arteriosklerosis adalah penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan pembekuan darah di cerebral dan terjadi lah Stroke nonhemoragik. Pembuluh darah menjadi kaku, menyebabkan pembuluh darah mudah pecah dan mengakibatkan Stroke (Hernan, 2019)

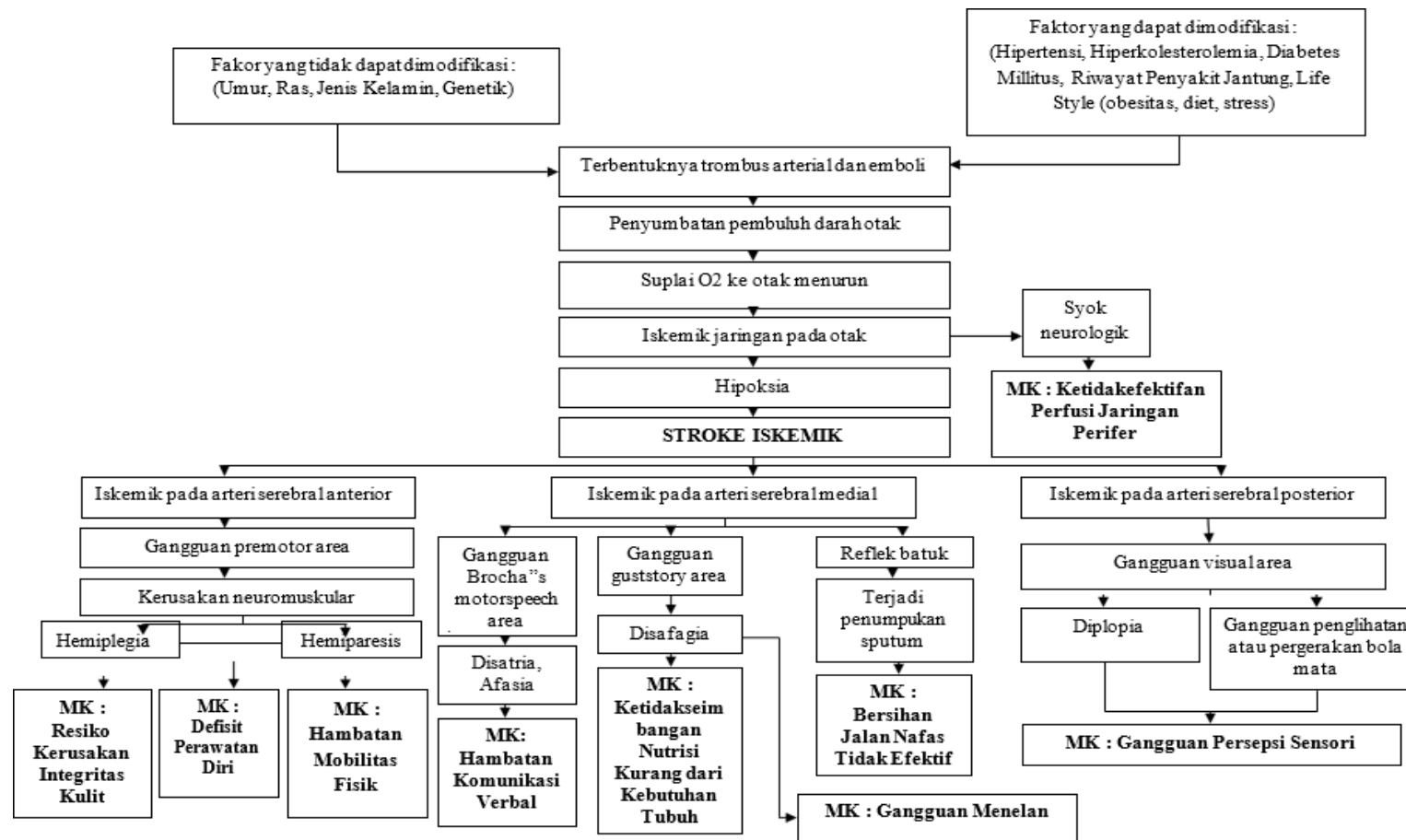
Proses penuaan dapat menyebabkan darah menjadi lebih "kental" atau cenderung menggumpal, meningkatkan risiko terbentuknya trombus (bekuan darah). Sel-sel pembuluh darah dan sistem saraf pusat mengalami penurunan kemampuan regenerasi, sehingga lebih rentan terhadap kerusakan (Klaudia, 2021)

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 (Hernan, 2019).

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 terhadap CO<sub>2</sub> yang mengakibatkan pola napas tidak efektif dan resiko aspirasi (Huda, 2018).

## 2.2.8 Pathway

### 2.3 Gambar pathway



Sumber : (Hernan, 2019;)



### 2.2.9 Komplikasi Stroke

Beberapa komplikasi stroke, diantaranya (Junaidi, 2021):

1. Dekubitus

Tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka atau lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring. Untuk mencegah itu, pasien harus sering dipindah atau digerakkan secara teratur tidak peduli seberapa parahnya pasien.

2. Bekuan darah

Mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru.

3. Pneumonia

Terjadi karena biasanya pasien tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjtnya terinfeksi.

4. Kekuatan otot dan sendi

Terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi, untuk itulah fisioterapi dilakukan sehingga kekauan tidak terjadi atau minimal dikurangi.

5. Stress atau depresi

Terjadi karena pasien akan merasa putus asa dan tidak berdaya serta ketakutan akan masa depan.

### 2.2.10 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2010 dalam Riza et al., 2019)

pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan :

1. CT-scan akan memperlihatkan adanya cedera, hematoma, dan iskemik infark.
2. Angiografi cerebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi, dan rupture arteri.
3. Fungsi lumbal akan menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis embolis serebral dan tekanan intrakranial.
4. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) akan menunjukkan adanya infark
5. *Electroencefalogram* (EEG) akan mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
6. Sinar-X tengkorak akan menggambarkan klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.

### 2.2.11 Penatalaksanaan

Menurut (Praditiya, 2019) ada beberapa penatalaksanaan pada penderita stroke yaitu : 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 dibedakan menjadi :

## 1. Pengobatan Umum

Pengobatan ini dibedakan menjadi 5B yaitu :

### 1) Breathing

Harus dijaga agar jalan nafas bebas dan fungsi paru-paru cukup baik. Fungsi paru sering terganggu karena curah jantung yang kurang, maka jantung harus dimonitor dengan seksama. Pengobatan dengan oksigen hanya perlu jika kadar oksigen dalam darah berkurang.

### 2) Blood

#### a. Tekanan Darah

Tekanan darah dijaga agar tetap cukup tinggi untuk mengalirkan darah ke otak. Pada fase akut pada umumnya tekanan darah meningkat dan secara spontan akan menurun secara gradual.

#### b. Komposisi darah

Kadar Hb dan glukosa harus di jaga cukup baik untuk metabolisme otak

### 3) Bowel

Defekasi dan nutrisi harus diperhatikan. Hindari terjadinya abis obstipasi karena akan membuat lansia gelisah. Nutrisi harus cukup bila perlu diberikan melalui *nasogastric tube* (NGT).

#### 4) Bladder

Miksi dan balance cairan harus diperhatikan, jangan sampai terjadi Retensio urin bila terjadi inkontinensia, untuk laki laki harus dipasang kateter dan untuk wanita harus dipasang kateter tetap

#### 5) Brain

Edema otak dan kejang harus dicegah dan diatasi. Bila terjadi edema otak, dapat dilihat dari keadaan penderita yang mengantuk, adanya bradikardi atau dengan pemeriksaan fundus kopi, dapat diberikan manitol untuk mengatasi kejang kejang yang timbul dapat diberikan diphenylhydantion atau carbamazepine.

### 2. Pengobatan Khusus

Pada fase akut pengobatan ditunjukkan untuk membatasi kerusakan otak semaksimal mungkin agar kecatatan Yang ditimbulkan menjadi seminimal mungkin. Untuk daerah yang mengalami Infark Kita tidak bisa berbuat banyak yang penting adalah menyelamatkan daerah disekitar infark yang disebut daerah penumbra. Neuron-neuron di daerah penumbra ini sebenarnya masih hidup, akan tetapi tidak dapat berfungsi oleh karena aliran darahnya tidak adekuat. Daerah inilah yang harus diselamatkan agar dapat berfungsi kembali untuk keperluan tersebut maka aliran darah tersebut harus diperbaiki (Praditiya, 2019).

### 3. Terapi Farmakologi

#### 1) Trombolisis

Satu-satunya obat yang di akui FDA sebagai standar adalah pemakaian r- TPA ( *recombinant- Tissue plasminogen Activator*) yang di berikan pada penderita Stroke iskemik dengan syarat tertentu baik maupun arterial dalam waktu kurang dari 3 jam setelah onset stroke.

## 2) 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.Antikoagulansia mencegah terjadinya gumpalan darah dan embolisasi trombus.Antikoagulansia mencegah terjadinya gumpalan darah dan emboisasi trombus. Antikoagulansia masih sering di gunakan pada penderita Stroke dengan kelainan jantung yang dapat mimbukan embolis.

## 3) Anti Agregasi Trombosit

Obat yang dipakai untuk mencegah pengumpulan sehingga mencegah terbentuknya trombus yang dapat menyumbat pembuluh darah obat ini dapat digunakan pada TIA. Obat yang banyak digunakan adalah asetosal (aspirin).

## 4) Neuroprotektor

Mencegah dan memblok proses yang menyebabkan kematian sel-sel terutama di daerah penumbra. Berperan dalam menginhibisi dan mengubah reverabilitas neuronal yang terganggu akibat ischemic

cascade. Obat-obat ini misalnya puracetam, citikolin, nimodipin, pentoksifilin.

#### 5) Anti Edema

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

### 4. Terapi Non-Farmakologi

Menurut Oktari (2021) terapi non farmakologis pada pasien stroke sebagai berikut:

#### 1) Terapi Latihan Gerak

Terapi latihan gerak merupakan suatu upaya pengobatan/penanganan dengan menggunakan latihan-latihan gerakan tubuh baik secara aktif maupun pasif dan dikombinasikan dengan latihan-latihan seperti miring kanan atau kiri, latihan dari posisi tidur ke posisi duduk.

#### 2) Terapi menggenggam bola

Terapi ini berpengaruh untuk meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas atas, sehingga dapat terjadi peningkatan pada kekuatan otot.

#### 3) Latihan keterampilan motorik

Latihan ini dapat membantu meningkatkan kekuatan koordinasi otot lansia kembali, biasanya orang yang melakukan terapi adalah orang yang otot lidahnya melemah. terapi ini bisa memperkuat otot untuk bicara dan menelan.

#### 4) Terapi mobilitas

Alat bantu dalam terapi mobilitas ini alat bantu jalan, tongkat, kursi roda, atau menahan pergelangan kaki. Penyangga pergelangan kaki dapat menstabilkan dan memperkuat pergelangan kaki lansia untuk membantu mendukung berat badan lansia saat lansia belajar berjalan kembali.

#### 5) Terapi *Range Of Motion* (ROM)

ROM adalah tindakan latihan persendian tulang dan otot yang diberikan khususnya kepada pasien yang mobilitasnya terbatas. (Salsabila et al., 2023)

### 2.3 Konsep Terapi Latihan Gerak

#### 2.3.1 Definisi

Terapi latihan gerak merupakan suatu upaya pengobatan/penanganan dengan menggunakan latihan-latihan gerakan tubuh baik secara aktif maupun pasif yang sistematis, direncanakan, terstruktur serta berulang-ulang dengan pola gerakan yang benar (Hernawati, 2019). Terapi latihan gerak adalah suatu rancangan dari pelaksanaan gerak tubuh, postur, atau aktivitas fisik yang disusun secara sistematis yang didalamnya ada ROM juga tetapi lebih lengkap dikombinasikan dengan latihan-latihan seperti miring kanan atau kiri, latihan dari posisi tidur ke posisi duduk.

Terapi latihan gerak bertujuan untuk mempersiapkan pasien atau klien dengan mengacu pada pencegahan perburukan yang lebih parah, memperbaiki atau menyimpan kembali serta menambah fungsi fisik, mencegah atau memperkecil faktor resiko kesehatan yang berhubungan dengan kondisi yang dihadapi, dan mengoptimalkan keseluruhan status kesehatan (Krisnawati & Anggiat, 2021).

Ruang lingkup terapi latihan gerak lebih luas mencakup latihan kekuatan, keseimbangan, koordinasi, kardio dan fleksibilitas. Jenis gerakannya pun melibatkan otot, sendi dan seluruh tubuh misalnya latihan duduk, berdiri, berjalan (Hernawati, 2019).

### **2.3.2 Manfaat**

Menurut (Kisner, 2007 dalam akhmad) terapi latihan gerak memiliki manfaat sebagai berikut:

#### **1. Memulihkan Mobilitas dan Fungsi Motorik**

Latihan berulang membantu merestorasi fungsi motorik dan meningkatkan neuroplastisitas otak, yaitu kemampuan otak beradaptasi dan membangun koneksi saraf baru. Aktivitas fungsional seperti berdiri, berjalan, dan mengambil benda membantu lansia relearn gerakan sehari-hari

#### **2. Mengurangi Kekakuan Otot dan Sendi**

Peregangan dan mobilisasi sendi mencegah kontraktur (kekakuan permanen), menurunkan rasa nyeri dan meningkatkan fleksibilitas.



### 3. Memperkuat Otot dan Meningkatkan Endurance

Latihan kekuatan dengan resistensi ringan (band, beban kecil) membangun massa otot serta daya tahan, membantu dalam aktivitas sehari-hari.

### 4. Meningkatkan Keseimbangan dan Mengurangi Risiko Jatuh

Latihan proprioepsi, keseimbangan, dan koordinasi memperbaiki kontrol postur dan mengurangi risiko jatuh.

### 5. Meningkatkan Kemandirian dalam Aktivitas Harian (ADL)

Melalui latihan kekuatan dan fungsional, lansia dapat kembali melakukan dressing, mandi, makan, serta aktivitas sehari-hari secara mandiri.

## 2.3.3 Indikasi Dan Kontraindikasi Terapi Latihan Gerak

### 1. Indikasi terapi latihan gerak

Terapi latihan gerak dianjurkan pada kondisi:

- a. Pasien dengan penurunan kekuatan otot akibat immobilisasi, stroke, atau penyakit neuromuskular.
- b. Adanya kekakuan sendi (stiffness) atau keterbatasan lingkup gerak.
- c. Gangguan sirkulasi perifer ringan hingga sedang, untuk membantu aliran darah.
- d. Rehabilitasi pasca cedera atau pasca operasi muskuloskeletal/neurologis.
- e. Gangguan koordinasi dan keseimbangan (misalnya pada lansia atau pasien pasca stroke).

- f. Pencegahan komplikasi akibat tirah baring lama (kontraktur, dekubitus, trombosis).
  - g. Pasien dengan penurunan kemampuan fungsional sehari-hari (misalnya sulit berjalan, berpakaian, atau makan).
2. Kontraindikasi terapi latihan gerak

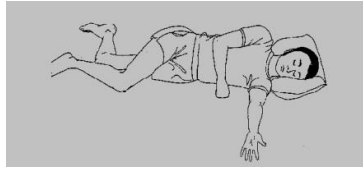
Terapi latihan gerak tidak boleh diberikan atau harus ditunda bila terdapat:

- a. Kondisi akut yang berat, seperti infark miokard akut, gagal jantung dekompensata, atau emboli paru.
- b. Infeksi akut atau adanya demam tinggi.
- c. Penyakit sendi atau tulang akut (fraktur yang belum stabil, radang sendi akut).
- d. Nyeri hebat saat dilakukan pergerakan (indikasi berhenti latihan).
- e. Perdarahan aktif atau risiko perdarahan tinggi.
- f. Tekanan darah tidak terkontrol (hipertensi krisis atau hipotensi berat).
- g. Gangguan irama jantung berat atau kondisi kardiovaskular tidak stabil.
- h. Pasien tidak kooperatif (misalnya gangguan kesadaran berat, agitasi).

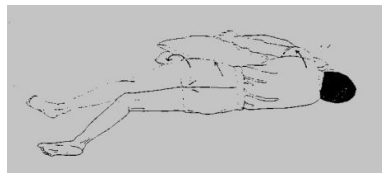
### 2.3.4 Standar Operasional Prosedur

**Tabel 2.1 Standar Operasional Terapi Latihan Gerak**

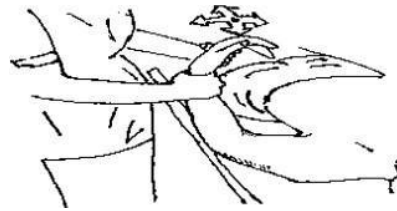
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>TERAPI LATIHAN GERAK</b>	
Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengecek prosedur terapi</li> <li>2. Menyiapkan alat dan Bahan               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lembar SOP</li> <li>b. Persiapkan tempat atau ruangan yang tenang</li> </ol> </li> <li>3. Salam Terapeutik               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberi salam kepada Responden.</li> <li>b. Memperkenalkan diri (nama dan identitas singkat peneliti) kepada Responden.</li> <li>c. Menanyakan nama dan panggilan nama Responden.</li> </ol> </li> <li>4. Evaluasi/Validasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan perasaan Responden saat ini.</li> <li>b. Menanyakan masalah yang dirasakan.</li> </ol> </li> <li>5. Kontrak (topik, waktu, tempat)               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menjelaskan tujuan kegiatan yaitu mengenalkan terapi latihan gerak pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik dan cara penggunaannya</li> <li>b. Menjelaskan tujuan tindakan</li> </ol> </li> </ol>
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan klien dengan nyaman (tidur atau duduk)</li> <li>2. Posisi tidur terlentang</li> <li>3. Posisi tidur miring ke sisi yang sehat</li> </ol>



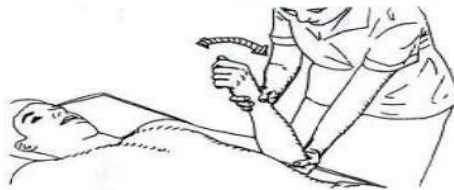
4. Posisi tidur miring ke sisi yang lumpuh



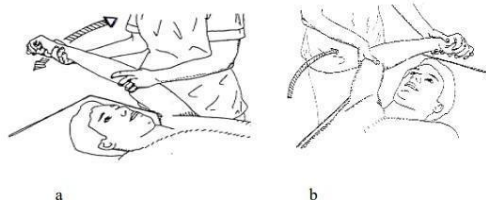
5. Latihan gerak pasif pada pergelangan tangan dan jari-jari



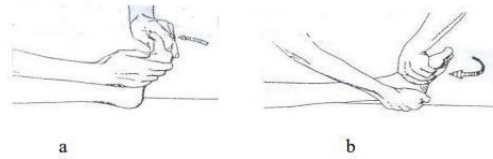
6. Latihan gerak pasif pada sendi dan siku



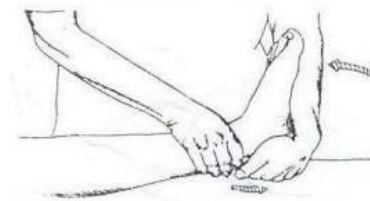
7. Latihan gerak pasif pada sendi bahu



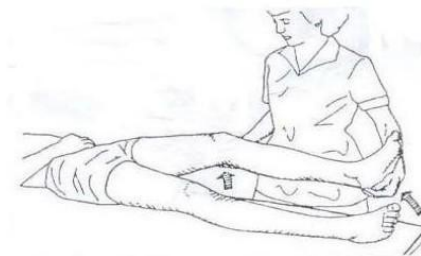
8. Latihan gerak pasif pada jari kaki ke arah fleksi dan ekstensi



9. Latihan gerak pasif pada pergelangan kaki



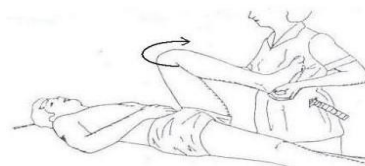
10. Latihan Gerak fleksi dan ekstensi pasif pada panggul dan lutut


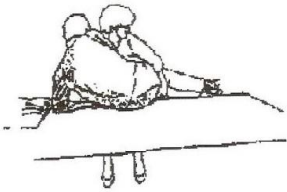


11. Latihan gerak abduksi dan aduksi pada sendi panggul



12. Latihan Gerak sirkumduksi pada sendi panggul



	<p>13. Latihan Gerak rotasi trunk</p>  <p>14. Dari tidur ke duduk</p> 
Tahap Terminasi	<p>Evaluasi respon responden :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan perasaan Responden setelah dilakukan terapi latihan gerak</li> <li>2. Memberikan reinforcement positif terhadap Responden</li> <li>3. Rencana tindak lanjut : Menganjurkan klien untuk melakukan kembali terapi latihan gerak 2 sampai 3 kali dalam sehari</li> </ol>

Sumber : (Hernawati, 2019)

### 2.3.4 Pengaruh Terapi Latihan Gerak Terhadap Lansia Stroke

Terapi latihan gerak meningkatkan kekuatan otot pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik. Hal ini karena akan merangsang serat saraf otot ekstermitas terutama saraf parasimpatis untuk memproduksi asetilcholin, sehingga muncul kontraksi . Terapi latihan gerak akan merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi dan berelaksasi dengan latihan secara teratur akan menimbulkan pembesaran (hipertrofi) fibril otot. Semakin banyak latihan yang dilakukan maka semakin baik pula pembesaran fibril otot itulah yang menyebabkan adanya peningkatan kekuatan otot. (Oktari 2020)

Mekanisme terapi latihan gerak dalam meringankan stroke pada lansia melibatkan stimulasi neuroplastisitas, yaitu kemampuan otak untuk membentuk jalur saraf baru guna menggantikan fungsi yang hilang akibat kerusakan jaringan otak. Latihan fisik terarah seperti latihan gerak sendi, latihan keseimbangan, berjalan, serta penguatan otot membantu mengaktifkan kembali saraf motorik dan memperbaiki kontrol gerakan. Pada lansia, latihan ini juga meningkatkan sirkulasi darah ke otak dan ekstremitas, menjaga fleksibilitas sendi, serta mencegah komplikasi seperti kekakuan otot, kontraktur, dan risiko jatuh (Hernawati, 2019).

Berdasarkan penelitian (Sarila Ningrum et al., 2024) Setelah dilakukan 4 kali tindakan Fisioterapi dengan modalitas tersebut evaluasi yaitu ada penurunan LGS pada regio shoulder, elbow, wrist, hip. Knee dan ankle sinistra. hasil evaluasi tonus otot dengan asworth scale yaitu ada peningkatan nilai spastisitas pada terapi ke 4 setelah dilakukan tindakan fisioterapi. adanya peningkatan hasil pada lingkungan aktivitas sebelum terapi dan sesudah terapi dari kategori ketergantungan penuh. ada peningkatan sensibilitas sensoris pada terapi ke 4 setelah dilakukan tindakan Fisioterapi.

Hal serupa terjadi pada penelitian (Salsabila et al., 2023) Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mulai hari ketiga dan keempat pasien mengalami peningkatan indeks barthel pada poin mobilisasi miring kanan dan berpakaian yang awalnya tidak bisa sama sekali namun pada hari ketiga

dan keempat sudah mampu walaupun sebagian butuh bantuan hasil skor akhir pasien yaitu 25 yang artinya pasien mengalami ketergantungan berat. Menurut (Lee et al. 2022) Peningkatan aktivitas fungsional dengan indeks barthel dipengaruhi oleh pemberian terapi latihan gerak dan mobilisasi kepada pasien yang dilakukan setiap hari selama 4 hari.

Pemberian latihan pasien stroke akibat trombositis dan emboli, jika tidak ada komplikasi lain dapat dimulai setelah 2-3 hari setelah serangan dan bilamana terjadi perdarahan subarachnoid dimulai setelah 2 minggu. Pada trombotik atau emboli yang ada infark miokard tanpa komplikasi yang lain dimulai setelah minggu ke 3 dan apabila tidak terdapat aritmia mulai hari ke 10 (Alverina et al., 2024). Dilakukan secara rutin dengan waktu latihan antara 45 menit yang terbagi dalam tiga sesi. Dan tiap sesi diberikan istirahat 5 menit. Namun apabila pasien terlihat lelah, ada perubahan wajah dan ada peningkatan menonjol tiap latihan pada vital sign, maka dengan segera harus dihentikan.



## **2.4 Konsep Teori Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

#### **1. Identitas diri**

Untuk mengetahui identitas lansia biasanya meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan sebelumnya, alamat sebelumnya, tanggal pengkajian, riwayat penyakit, dan status kesehatan saat ini.

#### **2. Keluhan utama**

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan atau kelumpuhan seluruh badan, bicara pelo dan tidak dapat berkomunikasi.

#### **3. Riwayat kesehatan sekarang**

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

#### **4. Riwayat kesehatan dahulu**

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan.

## 5. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes melitus bahkan ada anggota keluarga yang pernah menderita stroke.

## 6. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

### 1) Tanda-tanda Vital

Tanda-Tanda Vital meliputi tekanan darah biasanya adanya peningkatan pada tekanan darah dan memiliki riwayat darah tinggi, tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan, frekuensi nadi yang meningkat dari normalnya, nafas biasanya tidak teratur, suhu biasanya tidak ada masalah pada suhu.

### 2) Tingkat Kesadaran

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

### 3) Kepala

- a) Inspeksi: Bentuk kepala (dolicephalus/lonjong, brakhiocephalus/bulat), kesimetrisan, dan pergerakan. Apakah ada pembesaran kepala (hirocephalus)
- b) Palpasi: Ada/tidaknya nyeri tekan

### 4) Mata

- a) Inspeksi:
  - (1) Kelengkapan dan kesimetrisan mata
  - (2) Adakah eksoftalmus (mata menonjol), atau enofthalmus (mata tenggelam).
  - (3) Kelopak mata/palpebra: oedema, ptosis, peradangan, luka atau benjolan.
  - (4) Bulu mata: rontok atau tidak
  - (5) Konjungtiva dan sclera: adakah perubahan warna, kemerahan, kuning, atau pucat
  - (6) Warna iris serta reflek pupil terhadap cahaya: miosis (mengecil), midriasis (melebar), pin point (kecil sekali), normalnya pupil sama besar.
  - (7) Kornea: warna merah biasanya karena peradangan, warna putih atau abu-abu di tepi kornea (arcus senilis), warna biru, hijau sesuai ras. Amati kedudukan kornea
- b) Palpasi: Dengan menggunakan tonometri atau palpasi pada bola mata untuk mengetahui adanya nyeri tekan.

### 5) Hidung

- a) Inspeksi Amati bentuk tulang hidung dan posisi septum nasi (ada pembengkakan atau tidak). Amati meatus adakah perdarahan atau tidak
- b) Periksa bagian sekitar hidung ada nyeri tekan atau tidak

### 6) Telinga

- a) Inspeksi: Amati telinga bagian luar: bentuk, ukuran, warna, lesi, nyeri tekan, ada atau tidak peradangan, penumpukan serumen. Periksa bagian dalam dengan otoskop: amati warna, bentuk, perdarahan, dan perforasi.
- b) Uji kepekaan telinga: Uji kepekaan telinga menggunakan garputala. Tes weber mengetahui keseimbangan konduksi.
- c) Palpasi Lakukan palpasi pada sekitar area daun telinga untuk mengetahui adanya nyeri tekan atau tidak.

### 7) Mulut

- a) Inspeksi Amati bibir untuk mengetahui kelainan kongenital (labioseisis, palatoseisis, atau labiopalatoseisis), warna bibir pucat atau merah, adakah lesi dan masa. Amati gigi, gusi dan lidah, adakah karies, kotoran, kelengkapan gigi, gigi palsu, gingivitis, warna lidah, perdarahan dan karies. Amati adakah pembengkakan pada tonsil. T0: sudah dilakukan pengangkatan, T1: ukuran normal, T2: pembengkakan tidak mencapai garis

tengah, T3: pembengkakan pada garis tengah, T4 pembengkakan melewati garis tengah.

- b) Palpasi Periksa daerah sekitar mulut adakah nyeri tekan dan pembengkakan yang tidak tampak pada saat inspeksi

#### 8) Leher

- a) Inspeksi Amati bentuk leher simetris atau tidak, ektomorf ditemui pada orang dengan gizi buruk, atau TBC, sedangkan endomorf ditemukan pada klien obesitas, ada tidaknya peradangan jaringan parut, perubahan warna dan masa.
- b) Palpasi Periksa ada tidaknya nyeri tekan, ada atau tidaknya pembengkakan vena jugularis dengan meraba pada suprasternal pada saat klien menelan. Pada normalnya tidak teraba kecuali pada orang dengan postur tubuh kurus. Periksa ada tidaknya pembengkakan pada vena jugularis atau tidak, ada tidaknya pembesaran kelenjar limfe, kelenjar tiroid, dan posisi trakea

#### 9) Thorax

- a) Inspeksi Bentuk torak, kesimetrisan keadaan kulit, amati pergerakan dada saat bernafas, retraksi interkosta, retraksi suprasternal pernafasan cuping hidung. Ada tidaknya sianosis, batuk produktif atau batuk kering.
- b) Palpasi Pemeriksaan taktil/vokal fremitus, membandingkan getaran dinding torak antara kanan dan kiri, dengan

mengepalkan kedua tangan pemeriksa pada punggung klien kemudian klien diminta untuk mengucapkan kata tujuh puluh tujuh dan geser tangan ke bawah kemudian rasakan getarannya.

Normalnya getaran kanan dan kiri teraba sama

- c) Perkusi Menempelkan jari pemeriksa pada interkosta klien dan mengetuk dengan jari tengah satunya. Normalnya suara dinding dada saat di perkusi adalah sonor, hipersonor menandakan adanya pematatan jaringan atau penimbunan cairan. Perkusi pada dada biasanya terdengar hipersonor apabila mengenai area jantung.
- d) Auskultasi Suara nafas Vesikuler: terdengar di seluruh lapang paru dengan intensitas usara rendah, lembut dan bersih. Brinkial; diatas manubrium strermi, suara tinggi, keras dan bersih Bronkovasikuler: interkosta 1 dan 2 dan antara scapula, intensitas sedang dan bersih. Trakeal: diatas trakea pada leher intenstas sangat tinggi dan bersih. Suara ucapan Anjurkan klien mengucapkan tujuh puluh tujuh secara berulang ulang, dengan stetoskop dengarkan pada area torak, normalnya intensitas suara kiri dan kanan sama. Suara tambahan Rales; suara yang terdengar akibat adanya eksudat yang lengket saat inspirasi. Tidak dapat hilang dengan batuk Ronci: akibat penumpukan eksudat pada bronkus-bronkus besar, terdengar saat inspirasi dan ekspirasi, dapat hilang dengan batuk. Terdengar suara

mengi saat inspirasi akibat penyempitan bronkus. Suara jantung Suara jantung S1 S2 reguler

#### 10) Abdomen

- a) Inspeksi Amati bentuk abdomen mengembung atau datar, kesimetrisan abdomen, adanya bayangan pembuluh darah.
- b) Auskultasi Dengarkan peristaltic usus atau bising usus catat frekuensi bising usus. Normalnya 5-35 kali per menit.
- c) Perkusi Letakkan tangan pemeriksa diatas perut klien dan ketuk menggunakan jari satunya dengarkan suara yang dihasilkan. Suara normal pada abdomen adaah timpani. Perkusi dari area lateral ke area medial, perubahan suara dari timpani ke dulnes merupakan batas cairan acites.
- d) Palpasi Palpasi hepar: atur posisi klien terlentang dan kaki di tekuk, perawat berdiri di sebelah klien dan meletakkan tangan dibawah arcos costa 12 pada saat inspirasi lakukan penekanan. Rasakan ada atau tidak pembengkakan pada bagian hepar. Palpasi apendik: posisi klien tetap terlentang dan buat garis bayangan untuk membuat titik Mc. Burney, tarik garis bayangan dari umbilicus ke SIAS dan bagi menjadi 3 bagian. Tekan pada sepertiga luar titik Mc. Burney. Bila ada nyeri pada lepas dan nyeri menjalar berate ada peradangan pada apendik.

## 11) Ekstremitas

### a) Atas

Inspeksi Perhatikan pergerakan tangan, dan kekuatan otot, ada tidaknya nyeri tekan, lesi, kemerahan, pembengkakan.

### b) Bawah

Palpasi dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya nyeri tekan, terdapat/tidaknya krepitasi, masa dan benjolan.

### c) Reflek

Memulai reflek fisiologi seperti biceps dan triceps.

### d) Sensorik

Apakah klien dapat membedakan nyeri, sentuhan, suhu, gerak, dan tekanan.

## 12) Genetalia

### Genetalia pada pria

a) Inspeksi Amati persebaran dan kebersihan rambut pubis, ada tidaknya lesi pada kulit penis dan scrotum , ada tidaknya pembengkakan atau benjolan. Ada tidaknya sumbatan pada lubang uretra.

b) Palpasi Penis: palpasi pada bagian penis ada nyeri tekan, benjolan, dan cairan yang keluar saat di palpasi. Scrotum (testis): ada benjolan atau tidak, ada tidaknya nyeri tekan, testis umumnya terasa elastis licin dan tidak ada benjolan.



### Genetalia pada perempuan

- c) Inspeksi Perawat mengamati karakteristik labia mayora, kulit perineum halus, bersih dan sedikit lebih gelap dari kulit yang lain. Membran mukosa tampak lebih muda dan lembab. Labia mayora bias membuka atau menutup dan tampak kering atau lembab, bentuk labia biasanya simetris. Pemeriksaan bagian dalam menggunakan speculum plastic atau logam, untuk mengetahui adanya lesi atau tidak.
- d) Palpasi dilakukan pada bagian pada labia mayora dan labia minora untuk mengetahui ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya benjolan disekitar vagina.

### 7) Pengkajian Psikososial dan spritual

#### 7. Pengkajian psikososial

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitis dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien, Adakah dampak yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

### 1) Aspek social

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien terhadap orang lain, harapan klien dalam melakukan sosialisasi, keputusan dalam bersosialisasi.

### 2) Identifikasi Masalah Emosional Pertanyaan tahap 1

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur ?
- b) Apakah klien sering merasa gelisah?
- c) Apakah klien sering merasa murung?
- d) Apakah klien khawatir?

Lanjutkan kepercayaan tahap dua jika jawaban “Ya” lebih dari satu atau sama dengan satu.

### Pertanyaan tahap II

- a) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
- b) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir?
- c) Adakah masalah dan keluhan ?
- d) Adakah gangguan / masalah dengan anggota keluarga?
- e) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang atas dokter ?
- f) Anjuran Apakah klien cenderung mengurung diri?
- g) Bila lebih dari satu sama dengan satu jawaban “Ya” masalah emosional positif (+)

## 8. Pengkajian spiritual

Aspek spritual yaitu tentang keyakinan nilai-nilai ketuhanan yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan dan harapan klien.

## 9. Pengkajian Fungsional

### 1) Katz Indeks

Indeks kats adalah suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat.

Tabel 2.2: Pengkajian fungsional dengan menggunakan Katz Indeks

No	Kegiatan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
1	Mandi			
2	Berpakaian			
3	Pergi Ketoilet			
4	Berpindah			
5	BAB dan BAK			
6	Makan			

a) Katz indeks A : Kemandirian dalam hal makan, kontenensia

( BAB BAK), berpindah, pergi toilet, berpakaian dan mandi.

b) Katz Indeks B : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas.

- c) Katz Indeks C : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
- d) Katz Indeks D : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
- e) Katz Indeks E : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
- f) Katz Indeks F : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
- g) Katz Indeks G : Ketergantungan untuk semua fungsi yang tersebut di atas.

## 2) Modifikasi Bathel Indeks

Tabel 2.3 ; Bathel Indeks Pemeriksaan

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 ke tempat tidur atau sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, penyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	
7	Jalan dipermukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol BAB	5	10	Frekuensi : Konsistensi :
11	Kontrol BAK	5	10	Frekuensi : Warna :
12	Olahraga atau latihan	5	10	Frekuensi : Jenis :
13	Rekreasi/ pemanfaatan waktu	5	10	Frekuensi : Jenis :

Keterangan :

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan Sebagian Skor <65 :

Ketergantungan Total

## 10. Pengkajian Status Mental

### 1) Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Tabel 2.4 ; Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Benar	Salah	No soal	Pertanyaan	Jawaban
		1	Tanggal berapa hari ini?	
		2	Hari apa sekarang?	
		3	Apa nama tempat ini?	
		4	Berapa nomor telepon Anda? Di mana alamat Anda?	
		5	Berapa umur anda?	
		6	Kapan anda lahir?	
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	
		9	Siapa nama ibu anda?	
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengurangan.	
			Jumlah skor total jawaban salah	

Skor total Interpretasi hasil :

Salah 0-3 = Kerusakan Intelektual Utuh

Salah 4-5 = Kerusakan Intelektual Ringan

Salah 6-8 = Kerusakan Intelektual Sedang  
Salah 9-10 = Kerusakan Intelektual Berat

### 2) Mini Mental Status Exam(MMSE)

Tabel 2.5 : Mini Mental Status Exam (MMSE)

NO	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar 1. Tahun berapa sekarang ? 2. Musim apa sekarang ? 3. Tanggal berapa sekarang ? 4. Hari apa sekarang ? Bulan apa sekarang ?
				Menyebutkan dimana kita sekarang berada 1. Negara apa ? 2. Provinsi apa ? 3. Kota apa ? 4. Panti/Desa/ Kampung apa? 5. Alamat dimana?

2	Registrasi	3	<p>Sebutkan nama 3 objek ( ditunjukkan pemeriksaan selama 1 detik untuk mengatakan setiap objek yang ditunjukkan), lalu tanya kembali ketiga objek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 point untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat. Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3) tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali ) jika gagal maka tidak dapat dilakukan tes pada aspek mengingat.</p>
3	Perhatikan dan kalkulasi	5	<p>Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali ( nilai 1 point untuk jawaban benar )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>100 - 7 = 93</math></li> <li>2. <math>93 - 7 = 86</math></li> <li>3. <math>86 - 7 = 79</math></li> <li>4. <math>79 - 7 = 72</math></li> <li>5. <math>72 - 7 = 65</math></li> </ol> <p>Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa mengeja kalimat secara mundur 1 skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar 1 point untuk setiap hurufnya. Misal DUNIA (eja A-I-N-U-D)</p>
4	Mengingat	3	<p>Meminta klien mengulangi tiga objek yang telah disebutkan pada no 2 ( registrasi) bila benar beri nilai 1 point untuk setiap objek yang disebutkan.</p> <p>a. Memberi nama ( Naming) Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain ( misalnya jam tangan,pensil ) point 1 untuk masing-masing jawaban benar</p> <p>b. Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya: Namun,tanpa,bila atau kata yang lebih sulit lagi ‘ taka da jika,dan atau tetapi’ hanya satu kali mencoba. Point 1 jika siulang sempurna dari 0 jika tidak benar keseluruhan.</p>
5	Bahasa	9	<p>c. Perintah 3 tahap ( 3 stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjasi 2 kemudian minta untuk menaruhnya dilantai. Nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar</p> <p>d. Membaca ( reading ) Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat: ‘Pejamkan mata anda’ ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis ( 1 point</p>

hanya diberikan jika klien menutup mata sebelah mambaca.

---

e. Menulis ( writing)

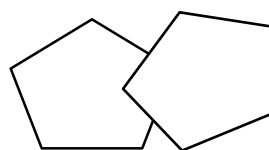
Berikan selemba kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/ kata benda danpredikat/ kata kerja, ejaan/ tanda baca tidak diperhitungkan jika benar beri nilai 1 point)

---

f. Menyalin ( copying )

Berikan selemba kertas kosong minta lansia unuk menyalin gambar seperti dibawah ini, 10 sisi harus ada dan keluarga bersinggungan jika benar beri nilai 1 point

0




---

Interprestasi hasil :

> 23 : Aspek kognitif dari mental baik

18-22: Kerusakan aspek fungsi mental ringan

<17 : Kerusakan aspek fungsi mental berat



## 11. Pengkajian Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut di bagi dalam beberapa gerakan yang perlu diobservasi oleh perawat

Tabel 2.5 ; Pengkajian Keseimbangan

Kriteria	Skor
a. Perubahan posisi atau gerakan Keseimbangan	
1. Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	
2. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi.	
3. Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	
4. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi. Ket. Kursi harus yang keras tapa lengan	
5. Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup. Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.	
6. Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan pusing atau keadaan tidak stabil	
7. Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan.	
8. Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun.	
b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan	
1. Minta klien berjalan ketempat yang ditentukan. Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan.	
2. Ketinggian langkah kaki Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (2 5 cm)	
3. Kontinuitas langkah kaki Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat	

---

satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai

---

4. Kesimetrisan Langkah  
Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit .

---

5. Penyimpangan jalur  
pada saat berjalan Tidak berjalan dalam garis lurus,  
bergelombang dari sisi ke sisi

---

6. Berbalik Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan,  
bergoyang, memegang objek untuk dukungan.

---

Interpretasi Hasil :

0-5 : Resiko Jatuh Ringan

6 -10 : Resiko Jatuh Sedang

10-15 Resiko Jatuh Tinggi

#### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2016)

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan kelemahan ekstremitas (D.0054)
2. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan kerusakan jaringan kulit (D.0129)
3. Resiko Jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0109)

### 2.4.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.6 Intervensi dan Luaran keperawatan Stroke menurut Teori**

Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : L.05042 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekutan otot meningkat</li> <li>3. Rentang Gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor kondisi melakukan mobilisasi</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>5. <b>Melakukan terapi Latihan gerak</b></li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan melakukan mobilisasi sederhana</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri dapat menjadi hambatan utama dalam melakukan mobilisasi.</li> <li>2. Menilai sejauh mana pasien mampu melakukan aktivitas fisik membantu dalam merencanakan tingkat dan jenis mobilisasi yang aman dan sesuai.</li> <li>3. Pemantauan secara berkala memungkinkan deteksi dini terhadap penurunan kondisi atau komplikasi</li> <li>4. Memfasilitasi pergerakan membantu mencegah komplikasi akibat imobilisasi</li> <li>5. Menggunakan bola karet dapat merangsang aktivitas otot tangan dan meningkatkan koordinasi motorik halus, terutama pada pasien dengan keterbatasan gerak aktif.</li> <li>6. Edukasi ini bertujuan untuk meningkatkan partisipasi pasien dalam proses</li> </ol>

<p>Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan kulit menurun</li> <li>2. Tekstur kulit membaik</li> <li>3. Keluhan gatal menurun</li> </ol>	<p>Perawatan integritas kulit I.11353</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ubah posisi tiap 2 jam</li> <li>3. Gunakan produk penghilang gatal</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>5. Anjurkan mandi menggunakan sabun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab memungkinkan intervensi yang tepat dan spesifik untuk mencegah kerusakan kulit lebih lanjut dan mempercepat proses penyembuhan.</li> <li>2. Perubahan posisi agar meminimalisir penekatan pada satu sisi</li> <li>3. Penggunaan antipruritus dapat mengurangi rasa gatal yang berpotensi menyebabkan garukan berulang.</li> <li>4. Mandi secara teratur dengan sabun yang sesuai membantu menjaga kebersihan kulit</li> </ol>
<p>Resiko Jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0109)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: L.14138</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2. jatuh saat berpindah menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan resiko jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi factor resiko jatuh</li> <li>2. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pastikan roda kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui faktor risiko seperti memungkinkan perawat menyusun rencana pencegahan yang tepat dan efektif</li> <li>2. Pemindahan posisi yang tidak aman merupakan salah satu penyebab utama jatuh. Pemantauan ini penting untuk menilai sejauh mana pasien membutuhkan bantuan atau alat bantu dalam berpindah.</li> <li>3. Roda kursi roda yang tidak dikunci dapat menyebabkan</li> </ol>

		Edukasi 4. Anjurkan memanggil jika membutuhkan bantuan	kursi bergerak saat pasien berpindah, meningkatkan risiko jatuh. 4. Memanggil bantuan sebelum berpindah atau berdiri dapat mencegah insiden jatuh dan meningkatkan keselamatan
--	--	---	---

#### **2.4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pelaksanaa dari rencana untuk mencapai tujuan yang spesifik tahap implementasi dimulai, setelah rencana disusun dan ditujukan pada (nursing orders) untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2013).

#### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, intervensi dan implementasi. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis perencanaan dan implementasi (Nursalam, 2013).