

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep stroke

2.1.1. Definisi

Stroke merupakan suatu kondisi yang terjadi ketika darah bagian otak tiba tiba terganggu (kurniasanti dan ismerini,2022), karena sebagian sel sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan (Pramono dan masita 2021).

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga didunia setelah jantung dan kanker baik kejadian di negara maju maupun di negaja yang berkembang. Salah satu dari 10 penyebab kematian yang banyak disebabkan oleh stroke. Stroke juga bisa merubah neurologis yang diakibatkan oleh interupsi aliran darah menuju kebagian- bagian otak tertentu. Stroke merupakan gangguan aliran darah ke otak secara tiba tiba atau mendadal (Manual MSD,2023).

Menurut WHO (*World Health Organization*, 2016) menunjukkan, stroke menempati peringkat kedua sebagai penyakit tidak menular penyebab kematian dan stroke juga menjadi peringkat ketiga penyebab utama kecacatan di seluruh dunia. Di Indonesia sendiri menunjukkan bahwa jumlah penderita stroke terus meningkat seiring dengan bertambahnya umur.

2.1.2. Faktor resiko

Faktor resiko yang mempengaruhi kejadian stroke berdasarkan dari studi literatur didapatkan bahwa faktor resiko yang dapat menyebabkan stroke

yaitu obesitas, penyakit jantung, kebiasaan merokok, mengkonsumsi makanan tinggi garam, dan kurang aktivitas fisik (Hardika,2020).

2.1.3. Etiologi Stroke

Stroke di bagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Sari dkk, 2015).

1. Stroke iskemik atau non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah keotak sebagian atau seluruhnya terhenti 80% adalah stroke iskemik.
 - a. Stroke trombotik : jenis stroke iskemik yang disebabkan oleh terbentuknya gumpalan.
 - b. Strokembolik : suatu penyumbatan sumpai darah keotak.
 - c. Hipoperfusion embolik :kondisi dimana aliran darah kesuatu organ berkurang.
2. Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak.

Stroke hemorogik terbagi menjadi dua jenis yaitu :

- a. Hemoragik intra serebral : kondisi dimana terjadi pendarahan didalam jaringan otak.
- b. Hemoragik subaraknoid : perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan selaput yang menutupi otak).

2.1.4. Tanda Dan Gejala Stroke

- a. Gejala yang utama sering ditemukan sebelum terkena stroke yaitu “senyum tidak simetris”. Dengan kata lain, senyum hanya mengarah pada

satu sisi sehingga biasanya akan cenderung sering tersedak dan kesulitan untuk minum.

- b. Orang yang mengalami stroke identik lumpuh di beberapa atau seluruh bagian tubuh mereka “gerakan tubuh yang melemah” tiba-tiba mulai menunjukkan timbulnya stroke. Tiba-tiba organ yang melemah membuat gerakan menjadi sulit.
- c. Berbicara tidak jelas/tiba-tiba tidak bisa berkata/salah mengucapkan kata-kata, atau berbicara tidak nyambung. Pasien yang mengalami stroke biasanya ini sering disebut sebagai ‘pelo/cadel’.
- d. Salah satu tanda yang umum lain dari stroke adalah “mati rasa” diseluruh tubuh. Selain mati rasa, korban stroke mungkin juga memiliki kesemutan disetengah dari tubuh mereka, yang membuatnya sulit untuk bergerak. (Handayani, 2019).

2.1.5 Patofisiologi

Faktor-faktor yang dapat memicu terjadinya stroke antara lain adalah hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung. Selain itu, terdapat pula faktor lain yang sering ditemukan, seperti kebiasaan merokok, stres, serta gaya hidup yang kurang sehat. Beberapa kondisi seperti obesitas dan kadar kolesterol yang tinggi dalam darah juga dapat menyebabkan penumpukan lemak, yang pada akhirnya memicu peningkatan kolesterol dan menyumbat pembuluh darah. pembuluh darah menjadi infark dimana kondisi kematian jaringan, sedangkan iskemik adalah keadaan kurangnya suplai oksigen. Kedua hal ini dapat

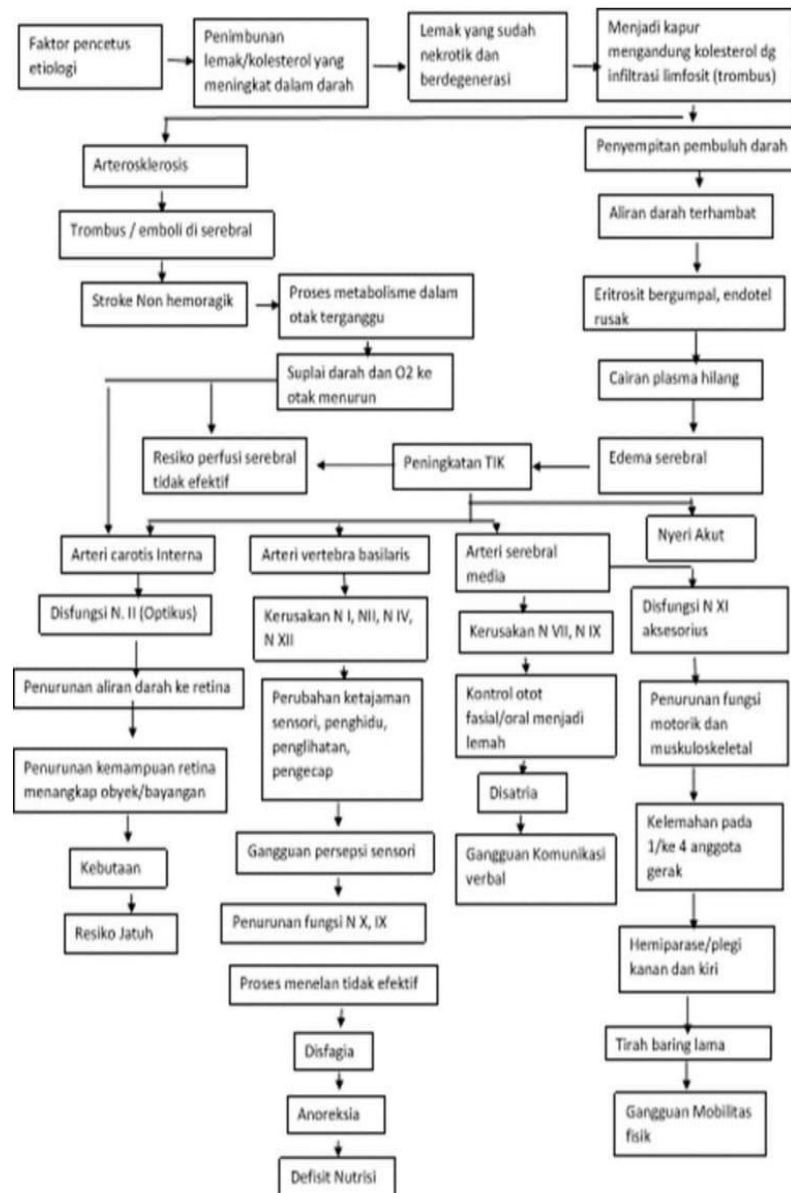
memicu terjadinya arterosklerosis dan gangguan pembuluh darah. Arterosklerosis sendiri merupakan penyempitan pembuluh darah di otak akibat adanya pembekuan, sehingga menyebabkan pengerasan pada dinding pembuluh. Akibatnya, pembuluh menjadi rapuh dan lebih mudah pecah, yang pada akhirnya berujung pada terjadinya stroke.

Dampak dari Stroke adalah berkurangnya suplai darah ke jaringan otak (serebral) dan terjadinya peningkatan tekanan darah sistemik, kedua kondisi ini akan menurunkan perfusi jaringan otak, sehingga kebutuhan oksigen di area tersebut tidak terpenuhi. Kurangnya oksigen memicu terjadinya vasospasme pada arteri serebral dan pembentukan aneurisma. Vasospasme arteri serebral adalah penyempitan pembuluh darah ke otak, yang beresiko mengganggu fungsi hemisfer kanan maupun kiri dan memicu infark atau iskemik di pembuluh darah tersebut. Kondisi ini kemudian menimbulkan masalah keperawatan berupa gangguan mobilitas fisik.

Aneurisma merupakan pelebaran pembuluh darah yang terjadi akibat melemahnya otot-otot dinding pembuluh darah. Kondisi ini menyebabkan darah terkumpul di ruang arachnoid (ruang antara permukaan otak dan selaput pembungkusnya), sehingga terbentuk hematoma intracranial. Penumpukan darah yang berlebihan di dalam otak meningkatkan tekanan intrakranial, sehingga jaringan otak terdorong dan bergeser, yang dikenal sebagai herniasi serebral. Pergeseran itu dapat mengakibatkan pasokan oksigen berkurang sehingga dapat terjadi

penurunan kesadaran dan resiko jatuh. Pola pernafasan menjadi abnormal karena pusat pernapasan merespon secara berlebihan terhadap kadar oksigen. Kondisi ini menyebabkan pernafasan menjadi tidak efektif dan meningkat resiko terjadinya aspirasi. (Steele, C. M., & Cichero, J. A. Y. (2014).

Pathway



Sumber: Dicky Helmi Susil

2.1.6. Klasifikasi

Stroke dikelompokkan menjadi dua yaitu :

a. Stroke iskemik (non hemoragik)

Stroke iskemik adalah jenis stroke yang terjadi ketika aliran darah ke otak terhambat dan tersumbat, biasanya terjadi karena gumpalan darah yang menumpuk di pembuluh darah. Dimana infark susunan saraf pusat adalah kematian sel pada otak, akibat iskemia, berdasarkan patologi, pencitraan atau bukti objektif dari *injury* fokal iskemik pada serebral, medulla spinalis atau retina berdasarkan gejala yang bertahan > 24 jam atau meninggal dan etiologi lainnya telah disingkirkan

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik adalah gangguan fungsi otak fokal yang berlangsung lebih dari 24 jam atau lebih yang disebabkan perdarahan spontan dalam jaringan otak akibat pecah pembuluh darah (Hacke, 2003, Bogousslavsky et. al., 2012). Stroke hemoragik terdiri atas:

- a. Perdarahan intraserebral yaitu perdarahan spontan ke dalam substansi otak yang penyebabnya bisa hipertensif dan nonhipertensif
- b. Perdarahan subaraknoid adalah perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid, yang penyebabnya bisa trauma dan spontan (BMC Neurology. 2023).

2.1.7. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke hemoragik (*Clinical, Epidemiological and Etiopathogenic Study of Ischemic Stroke*, 2025).

1. Adanya gangguan fungsi motorik
2. Kehilangan kemampuan dalam berkomunikasi secara verbal
3. Terjadinya gangguan pada persepsi sensorik
4. Adanya kerusakan pada fungsi kognitif serta perubahan kondisi psikologis
5. Munculnya difungsi pada kandung kemih
6. Gejala vertigo, mual, muntah, sakit kepala terjadi karena peningkatan tekanan darah.

2.1.8. Komplikasi

Komplikasi stroke menurut (Sukron, 2019) meliputi ;

1. Hipoksia serebra

Fungsi otak sangat bergantung pada pasokan oksigen yang dikirim ke jaringan. Oleh sebab itu hipoksia serebral perlu dicegah dengan memastikan oksigenasi otak terpenuhi secara memadai. Pemberian oksigen berperan dalam mempertahankan kadar hemoglobin dan hematocrit agar oksigen ke jaringan tetap optimal.

2. Penurunan aliran darah serebral

Aliran darah otak bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integrasi pembuluh darah otak. Hidrasi yang adekuat dengan cairan intravena meningkatkan aliran darah dan menurunkan viskositas darah. Hipertensi atau hipotensi harus dihindari untuk mencegah perubahan aliran darah otak dan potensi perluasan area yang cedera.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang umumnya dilakukan untuk memastikan penyebab stroke pada lansia menurut Pratiwi dan Dian Dwi (2019) adalah:

1. Angiografi serebral: Pemeriksaan ini digunakan untuk mengetahui secara spesifik penyebab stroke, seperti adanya penyempitan atau sumbatan pada pembuluh arteri.
2. Pemindaian Tomografi Komputer (CT-Scan): Bertujuan mendeteksi adanya perdarahan, trombosis, emboli serebral, serta tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK dan ditemukannya cairan bercampur darah menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid maupun intrakranial. Selain itu, peningkatan kadar protein total bisa terjadi dan dalam beberapa kasus disertai proses inflamasi.
3. Magnetic Resonance Imaging (MRI): Digunakan untuk melihat adanya area infark, perdarahan, maupun kelainan seperti malformasi arteriovenosa.
4. Ultrasonografi Doppler (USG Doppler): Pemeriksaan ini berguna untuk mengidentifikasi gangguan pembuluh arteri dan vena, termasuk adanya masalah pada arteri karotis, pembentukan plak, maupun arteriosklerosis.
5. Elektroensefalogram (EEG): Dilakukan untuk melihat adanya gangguan aktivitas listrik otak dan menentukan lokasi spesifik dari lesi.
6. Pemeriksaan laboratorium rutin: Meliputi pemeriksaan darah, kadar gula darah, urine, cairan serebrospinal, analisis gas darah (AGD), serta biokimia darah dan elektrolit.

2.1.9. Penatalaksanaan

1. penanganan medis (De Georgia et a. 2023).
 - a. Penatalaksanaan peningkatan tekanan *intracranial*
 - b. Dilakukan pemantauan hemodinamik secara berkala. Pada pasien yang menjalani terapi trombolitik target darah masih menjadi perdebatan. Pemberian terapi anti hipertensi sebaiknya ditunda, kecuali apabila tekanan darah sistolik melampaui 220 mmHg atau tekanan darah distolik lebih dari 120 mmHg.
2. Penatalaksanaan komplikasi
 - a. Penurunan perfusi serebral : berikan perawatan paru, pastikan jalan nafas tetap paten, dan berikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan.
 - b. Pantau kemungkinan terjadinya infeksi saluran kemih dan upaya mobilisasi pasien secara bertahap.
3. Penanganan Farmakologi
 - a. Trombolisis satu satunya obat yang diakui FDA sebagai standar adalah pemakaian RTPA (*Recombinant- Tissue plasminogen Activator*) yang diberikan pada penderita stroke iskemik dengan syarat tertentu dalam waktu kurang dari 3 jam setelah onset stroke.
 - b. Antikoagulan Obat yang di gunakan meliputi heparin atau heparioid. (fraxiparine). adalah menghambat faktor pembekuan darah dan mencegah atau meminimalkan pembentukan fibrin serta penyebaran trombus. Antikoagulan mencegah pembekuan darah dan embolisasi trombus. Antikoagulan masih sering digunakan pada pasien stroke

dengan gangguan jantung yang dapat menyebabkan embolus.

2.2 Konsep Lansia

2.2.1 Definisi Lansia

Lansia merupakan sekelompok orang yang berusia 60 tahun ke atas (Fenny A. S 2022). Lansia merupakan bagian dari proses pertumbuhan dan perkembangan. Manusia tidak serta merta menjadi tua, melainkan berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Hal tersebut merupakan hal yang wajar, dengan perubahan fisik dan perilaku yang dapat diprediksi terjadi pada setiap orang ketika mencapai tahap perkembangan kronologis tertentu.

Setiap orang pasti akan mengalami proses menjadi tua dan usia lanjut merupakan periode terakhir dalam kehidupan manusia. Pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap. (Silva e farias et al. 2020).

Masa lansia merupakan tahap kehidupan dimana fungsi tubuh secara bertahap mengalami penurunan dan keluhan kesehatan semakin sering dirasakan. Hal ini terjadi karena tubuh sudah tidak mampu bekerja optimal saat masih muda, sehingga muncul permasalahan kesehatan, terutama akibat penurunan kekuatan otot. Pada lansia sering ditemukan penyakit degenerative yang sering muncul seperti diabetes melitus, hipertensi, asam urat, dan stroke. (Nasrullah, 2016).

2.2.1 Karakteristik Lansia

Lansia memiliki beragam karakteristik, diantaranya berusia diatas 60

tahun, memiliki kebutuhan dan permasalahan yang beragam, mulai dari kondisi sehat hingga sakit, mencakup kebutuhan psikososial hingga spiritual, serta mampu beradaptasi secara baik maupun kurang baik, dan tinggal di berbagai jenis lingkungan. (Silva e Farias et al., 2020).

2.2.2 Tipe Lansia

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017)

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

1. Tipe bijak sana adalah lansia yang kaya akan pengalaman dan hikmah hidup, mampu beradaptasi dengan perubahan zaman, tetap aktif dan produktif, berperilaku baik, rendah hati, dermawan, serta menjadi contoh teladan.
2. Tipe mandiri adalah lansia yang mampu menggantikan aktivitas lama dengan kegiatan yang baru, serta bersemangat dalam mencari pekerjaan dan memperluas pergaulan.
3. Tipe tidak puas adalah lansia kerap mengalami konflik dan penolakan terhadap perubahan, sehingga merasa kehilangan kecantikan, daya Tarik fisik, kekuasaan, status, dan teman dekat, mereka cenderung pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung banyak menuntut, sulit dilayani dan sering mengkritik.
4. Tipe pasrah, lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, dan mengikuti kegiatan beribadah.
5. Tipe bingung, lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, tidak mau bersosialisasi.

2.2.3 Proses Penuaan Lansia

Menurut Maryam, dkk (2008) dalam Surnatyo et al (2016) Tahap dewasa, tubuh telah mencapai puncak perkembangan. Namun setelah fase ini tubuh secara bertahap mengalami penyusutan akibat berkurangnya jumlah sel. Kondisi tersebut menyebabkan terjadinya proses penuaan dan penurunan fungsi tubuh secara bertahap.

2.2.5 Tugas Perkembangan Lansia

Menurut Potter & Perry 2009 dalam Sunaryo et al 2016, tugas perkembangan pada lansia meliputi kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan penurunan kesehatan dan kekuatan fisik, beradaptasi dengan masa pensiun dan berkurangnya penghasilan, menghadapi kehilangan pasangan, menerima diri sebagai pribadi yang semakin tua, mempertahankan kepuasan hidup, menjalin kembali hubungan dengan anak-anak yang sudah dewasa, serta berusaha menjadi kondisi kehidupan agar tetap memuaskan.

2.2.6 Perubahan Pada Lansia

Perubahan yang terjadi akibat proses penuaan dijelaskan berdasarkan fungsi setiap sistem organ tubuh. Semakin bertambahnya usia, terjadi perubahan pada organ tubuh baik secara anatomis maupun fungsional. Penurunan tersebut dipengaruhi oleh kurangnya asupan nutrisi, perawatan kesehatan yang kurang memadai serta minimnya aktivitas fisik akibat penurunan fungsi, lansia akan mengalami kesulitan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari maupun aktivitas yang lebih kompleks dan mandiri,

sehingga terdampak terhadap kualitas hidup mereka. (Sholekah, L. A., Soesanto, E., & Aisah, S. (2022).

2.2.7 Perubahan Fisik

1. Sistem Indra

Sistem pendengaran : terjadi gangguan akibat berkurangnya kemampuan telinga bagian dalam, terutama dalam menangkap suara atau nada nada berfrekuensi tinggi. Selain itu suara menjadi kurang jelas dan umumnya dialami oleh individu berusia diatas 60 tahun.

2. Sistem Integument

Pada lansia kulit mengalami perubahan seperti atrofi, menjadi kendur, kurang elastis, kering, berkerut. Kulit juga kehilangan cairan sehingga tampak lebih tipis, muncul bercak coklat pada kulit yang biasa disebut sebagai liver spot.

3. Sistem Musculoskeletal

Perubahan system musculoskeletal perubahan terjadi pada system ini, meliputi jaringan ikat, tulang, otot, dan persendian.

4. Sistem Kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, vertikel kiri mengalami hipertropi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi.

5. Sistem Respirasi

Perubahan pada otot, tulang rawan, dan persendian di daerah toraks

menyebabkan terganggunya gerakan pernafasan dan berkurangnya kemampuan toraks untuk meregang.

6. Pencernaan dan Metabolism

Perubahan yang terjadi pada system pencernaan, seperti menurunnya produksi cairan pencernaan, merupakan tanda nyata dari penurunan fungsi, misalnya akibat ilangnya gigi, berkurangnya kepekaan indra pengecap, dan menurunnya rasa lapar.

7. Sistem Perkemihan

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

8. Sistem Saraf

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

9. Sistem Reproduksi.

Perubahan sistem reproduksi pada lansia ditandai dengan beberapa faktor yaitu, menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur. (Sriwaharti, A., & Fauzi, A. 2021).

2.2.7. Kemandirian

Kemandirian adalah kemampuan untuk bergerak atau

beraktivitas secara mandiri, tanpa bergantung maupun terpengaruh oleh orang lain, serta bebas dalam mengatur diri sendiri baik secara individu maupun kelompok, baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Tingkat kemandirian lansia dapat dipengaruhi oleh menurunnya kekuatan otot, keterbatasan mobilitasi, dan risiko jatuh. Oleh sebab itu, kemandirian dalam beraktivitas pada lansia perlu tetap dipertahankan agar mereka bisa membangun konsep diri yang positif. Jika dilihat dari kualitas kesehatan mental, menurut Wulandari, R. (2014) seseorang dikatakan sehat secara mental apabila memiliki ciri-ciri berikut:

1. Mampu beradaptasi secara konstruktif terhadap kenyataan, meskipun keadaan tersebut kurang baik.
2. Merasakan kepuasan dari upaya dan perjuangan sendiri
3. Merasa lebih bahagia memberi disbanding menerima bantuan dari orang lain.
4. Relative terbebas dari ketegangan dan perasaan cemas.

2.2.8 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kemandirian Pada Lansia

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

1. Faktor Kesehatan meliputi kesehatan fisik dan kesehatan psikis. Dalam hal ini, kesehatan fisik mencakup kondisi tubuh lansia serta ketahanan fisik dalam menghadapi serangan penyakit.
2. Kesehatan Fisik Pada umumnya disepakati bahwa kebugaran dan

kesehatan mulai menurun pada lanjut usia. Penyakit – penyakit degenerative mulai menampakkan diri. (Depkes dan Kesejahteraan Sosial, 2016).

3. Kesehatan Psikis yang dialami lansia umumnya berawal dari cara mereka memandang dan menerima proses penuaan. Kondisi ini dapat menyebabkan adanya kemunduran fungsi mental, bahkan kebingungan dalam berfikir. Salah satu konsep yang menjelaskan kondisi ini adalah teori disengagement, yakni adanya kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan sosial. (Darmojo, 2017).
4. Faktor Sosial Menurut Suhartini (2016), hubungan sosial mampu memberikan kepuasan yang berasal dari interaksi dan perilaku orang lain. Selain itu, melakukan kegiatan secara mandiri juga bisa mendapatkan rasa baagia, seperti membaca buku maupun membuat karya seni.
5. Penilaian fungsional yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah Indeks Barthel. Indeks Barthel merupakan alat ukur untuk menilai tingkat ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Penilaian ini berfokus pada kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas secara mandiri maupun bergantung pada orang lain, terutama dalam mobilitas dan pemenuhan kebutuhan dasar. Dengan Indeks Barthel, tingkat kemandirian seseorang diukur berdasarkan sejauh mana ia memerlukan bantuan dalam menjalankan 10 jenis aktivitas fungsional.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahapan awal dari keseluruhan proses keperawatan yang tujuannya untuk mengumpulkan data pasien. Agar mampu mengidentifikasi masalah pasien, kebutuhan kesehatan dan keperawatan baik fisik, mental, social dan lingkungan.(Sinulingga, 2019).

1. Identitas pasien

Meliputi nama usia (stroke umumnya dialami oleh usia lanjut), agama, jenis kelamin, tingkat pendidikan, alamat, waktu masuk rumah sakit, serta alasan dirawat di rumah sakit.

2. Keluhan Keluhan yang umumnya ditemukan pada pasien stroke meliputi kelemahan pada satu sisi tubuh, gangguan dalam berbicara, kesulitan berkomunikasi, serta penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat Penyakit sekarang umumnya terjadi secara tiba tiba, bahkan dapat disertai kejang. Selain itu juga ditemukan gejala seperti kelemahan pada satu sisi tubuh atau gangguan lain yang berkaitan dengan fungsi otak.

4. Riwayat Penyakit Dahulu Meliputi adanya riwayat tekanan darah tinggi (hipertensi), diabetes melitus, gangguan jantung, anemia, cedera kepala sebelumnya, kebiasaan merokok, serta kondisi obesitas.

5. Riwayat Penyakit Keluarga Pada pasien stroke umumnya ditemukan

adanya anggota keluarga yang pernah mengalami hipertensi, diabetes melitus, atau memiliki riwayat stroke sebelumnya.

6. Riwayat Psiko – Sosial – Spiritual Meliputi peran pasien dalam keluarga, kondisi emosionalnya, adanya hambatan dalam berinteraksi sosial, tingkat kecemasan yang dirasakan, situasi pasien terkait pekerjaannya, serta pelaksanaan ibadah baik di rumah maupun selama menjalani perawatan di rumah sakit.

Tabel 2. 1 Barthel dalam pemulihan kemandirian lansia

No	Kriteria	Dengab bantuan	Mandiri	Skor yang didapat
1	Pemeliharaan kesehatan diri			
2	Mandi			
3	Makan			
4	Toilet (Akfitivitas BAB & BAK)			
5	Naik/turun tangga			
6	Berpakaian			
7	Control BAB			
8	Kontrol BAK			
9	Ambulasi			
10	Transfer kursi/bed			

Interprestasi : klien mendapatkan skor dengan kategori :

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

Tabel 2. 2 Katz Indeks

Skore	Kriteria
A	Mandiri dalam makanan, kontinensia (BAK, BAB) menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi
B	Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi diatas
C	Mandiri, kecuali mandi dan salah satu fungsi diatas
D	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan salah satu fungsi diatas
E	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan satu fungsi diatas
F	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain
G	Ketergantungan untuk semua fungsi diatas
Lain-nya	Ketergantungan sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, dan G

2.3.2. Pola – Pola Fungsi Kesehatan

- a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat pada umumnya terdapat riwayat merokok, konsumsi minuman beralkohol, serta penggunaan kontrasepsi oral.
- b. Pola nutrisi dan metabolisme sering kali terdapat sulit menelan, menurunnya nafsu makan, serta mual dan muntah serta cukup berat.
- c. Pola eliminasi Biasanya terjadi inkontinensia urin, sering kali mengalami konstipasi akibat berkurangnya peristaltik usus.
- d. Pola aktivitas dan latihan adanya hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang disebabkan kelemahan, gangguan sensorik, dan cepat merasa lelah.
- e. Pola tidur dan istirahat biasanya pasien sulit beristirahat atau tidak tidur nyenyak, dikarenakan adanya spasme maupun nyeri otot.
- f. Pola hubungan dan peran Terjadi perubahan dalam hubungan dan peran karena pasien mengalami kesulitan dalam berkomunikasi yang disebabkan oleh gangguan kemampuan berbicara.
- g. Pola persepsi dan konsep diri Pasien menunjukkan perasaan tidak berdaya,

kehilangan harapan, mudah tersulut emosi, serta cenderung tidak kooperatif.

- h. Pola sensori dan kognitifif Pasien menunjukkan adanya penurunan fungsi kognitif, terutama dalam hal daya ingat.
- i. Pola penanggulangan stres pasien mengalami kesulitan dalam menghadapi masalah, akibat terganggunya proses berpikir dan hambatan dalam berkomunikasi.
- j. Pola tata nilai dan kepercayaan Pasien jarang melaksanakan ibadah karena perilaku yang kurang stabil, serta adanya kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

Tabel 2. 3 Tes Koordinasi

No	Tes Koordinasi	Keterangan	Nilai
1.	Berdiri dengan postur normal		
2.	Berdiri dengan postur normal menutup mata		
3.	Berdiri dengan kaki rapat		
4.	Berdiri dengan satu kaki		
5.	Berdiri fleksi trunk dan berdirike posisi netral		
6.	Berdiri lateral dan fleksi trunk		
7.	Berjalan tempatkan tumit salah satu kaki di depan jari kaki yang lain		
8.	Berjalan sepanjang garis lurus		
9.	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai		
10.	Berjalan menyamping		
11.	Berjalan mundur		
12.	Berjalan mengikuti lingkaran		
13.	Berjalan pada tumit		
14.	Berjalan dngan ujung kaki		
	Jumlah		

1. Aspek Kognitif

Tujuan pengkajian ini adalah untuk memperoleh data yang lengkap dan menilai kondisi pasien secara menyeluruh melengkapi dan mengevaluasi kondisi pasien, namun bukan untuk digunakan sebagai insrtumen diagnostic. Pengkajian ini

berfokus pada penilaian aspek kognitif fungsi mental, meliputi orientasi, atensi, kemampuan berhitung, daya ingat, serta kemampuan berbahasa.

- a. Menurut Gonce dalam (Hartati, 2020), penilaian tingkat kesadaran merupakan indikator utama yang sangat penting dalam melakukan evaluasi terhadap pasien stroke.. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara cermat dan menyeluruh untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien stroke secara akurat.

Tabel 2. 4 Pengkajian SPMSQ

Tabel 2. 4 Pengkajian SPMSQ

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa ?		
2	Tahun berapa sekarang?		
3	Kapam Bapak/ Ibu lahir?		
4	Berapa umur Bapak/ Ibu sekarang?		
5	Dimana alamat Bapak/ Ibu sekarang?		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/ Ibu ?		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/ Ibu?		
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia		
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia?		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke1		
Jumlah Benar			

2. Kecemasan

Tabel 2. 5 Pengkajian depresi

No	Apakah Bapak/ Ibu dalam 1 minggu terakhir:	awaban
1	Merasa puas dengan kehidupan yang dijalani?	
2	Banyak meninggalkan kesenangan/ minat dan aktivitas anda?	
3	Merasa bahwa kehidupan anda hampa?	
4	Sering merasa bosan?	
5	Penuh pengharapan akan masa depan?	
6	Mempunyai semangat yang baik setiap waktu?	
7	Diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat diungkapkan?	
8	Merasa bahagia di sebagian besar waktu?	
9	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada anda?	
10	Sering kali merasa tidak berdaya?	

3. Fungsi sosial lansia

Tabel 2. 6 Pengkajian afgar keluarga dengan lansia

No	Uraian	Fungsi	Skore
1	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (Teman-teman) saya untuk membantu saya pada waktu seessuatu menyusahkan saya	Adaptation	0
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	Partnership	0
3	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	Growth	0
4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan efek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/ mencintai	Affection	0
5	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) dan saya menyediakan waktu Bersama sama	Resolve	0

3.2.3 Tanda-Tanda Vital

1. Tekanan darah Pasien stroke umumnya memiliki riwayat tekanan darah

tinggi, dengan nilai sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 80 mmHg.

2. Nadi : denyut nadi biasanya melebihi batas normal yaitu lebih dari 100x/ permenit
3. Pernafasan : pasien stroke biasanya akan sering mengalami penurunan kesadaran maka terjadi peningkatan produksi secret yang berlebihan yang dapat menyumbat aliran uadara dari hidung keparu paru, biasanya pasien stroke memiliki suara nafas tambahan seperti ronkhi / wheezing dan frekuensi nafasnya diatas 30x/ menit.
4. Suhu : pada pasien stroke umumnya tidak ditemukan gangguan terkait suhu tubuh.
5. Kepala dan Leher Tidak ditemukan luka pada kulit kepala, tidak tampak pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat nyeri saat ditekan, dan denyut nadi karotis dapat dirasakan. Pemeriksaan terhadap Nervus V (Trigeminus) menunjukkan bahwa kerusakan saraf ini dapat menyebabkan kelumpuhan pada otot wajah (Gujarati, 2013).
6. Mata
Keluhan yang sering ditemukan adalah penglihatan kabur akibat gangguan pada nervus optikus (nervus II), kesulitan dalam mengangkat bola mata (nervus okulomotorius/nervus III), gangguan memutar bola mata (nervus troklearis/nervus IV), serta gangguan dalam menggerakkan bola mata ke arah lateral (nervus IV troklearis).
7. Hidung Adanya gangguan penciuman yang disebabkan oleh kelainan pada nervus olfaktorius (nervus I).

8. Mulut dan gigi Pasien dapat mengalami gangguan pengecapan akibat kerusakan pada nervus vagus (nervus X), kesulitan dalam menelan, serta tampak mukosa bibir yang pucat dan kering.
9. Telinga Pada pasien stroke umumnya bentuk telinga kanan dan kiri biasanya simetris, tidak ditemukan ada infeksi dan ketajaman pendengaran cenderung menurun.
10. Paru-paru Pada pemeriksaan inspeksi, bentuk dada simetris, terkadang terdapat retraksi otot bantuan nafas, ppada palpasi, fremitus seimbang antara sisi kiri dan kanan dan tidak ada nyeri tekan, pada perkusi, suara paru umumnya sonor, dan pada auskultasi terdengar suara nafas vesikular.
11. Genetalia Pada pasien stroke, biasanya terjadi ketidakmampuan mengendalikan buang air besar untuk sementara waktu. Kondisi ini terjadi akibat adanya kebingungan dan ketidakmampuan pasien dalam mengungkapkan kebutuhan, serta gangguan penggunaan urinal karena terganggunya kontrol motorik dan postural.
12. Ekstremitas Penilaian kekuatan otot menggunakan skala ukur yang umum dipakai untuk menilai pasien dengan kelumpuhan. Selain untuk menentukan derajat kelumpuhan, skala ini juga digunakan untuk memantau apakah terdapat perbaikan selama perawatan berlangsung, atau justru terjadi penurunan kondisi pasien.

2.3.4 Pemeriksaan reflek :

1. Reflek fisiologis

Pada pemeriksaan siku, umumnya tidak ditemukan respon saat siku diketuk, baik berupa fleksi maupun ekstensi (refleks bisep negatif). Selain itu, saat pemeriksaan trisep juga tidak tampak adanya respon fleksi maupun supinasi (refleks trisep negatif).

c. Aktivitas dan istirahat

Pasien cenderung mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat kelemahan, gangguan sensasi, mudah lelah, serta kesulitan untuk beristirahat atau tidur.

d. Sirkulasi

Terdapat riwayat gangguan jantung, kelainan katup jantung, aritmia, gagal jantung kongestif (CHF), polisitemia, serta hipertensi arterial.

e. Eliminasi

Terjadi perubahan dalam pola buang air besar maupun buang air kecil, seperti adanya inkontinensia urin, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, dan hilangnya bunyi usus.

2.3.4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan adalah hasil pengkajian klinis terhadap respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami, baik yang nyata maupun yang mungkin terjadi. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengenali respons pasien terhadap kondisi yang berhubungan dengan kesehatannya. Sari, S.H., & Wahid, A. (2015).

a. Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

- b. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak (D.0017).
- c. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kesadaran (D.0143)
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0032)
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur (D.0055)
- f. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan neuromuskular dan penurunan sirkulasi serebral d.d tidak mampu berbicara dan pelo (D.0119).

2.3.5. Perencanaan

Mencerminkan berbagai aspek yang dapat diukur dan diamati, seperti perubahan kondisi fisik, perilaku, maupun persepsi pasien sebagai respons terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Luaran ini menunjukkan perkembangan diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi (Saksono & Siwi, 2022). Sementara itu, intervensi keperawatan adalah seluruh tindakan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan pertimbangan klinis, dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Tabel 2. 7 Tabel intervensi pada lansia stroke

N O	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot (D.0054)	(9 L05047) Setelah dilakukan Tindakan.....x... dengan kriteria hasil : 1. kekuatan otot atas meningkat 2. keluhan Lelah menurun	Terapi aktivitas (I.01026) Observasi : 1. identifikasi deficit tingkat aktivitas 2. identifikasi sumber daya yang diinginkan	Observasi 1. mengidentifikasi kekuatan otot 2. mengidentifikasi aktivitas

		3. perasaan lemah menurun	3. monitor respon emosional	3. mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh
		4. tekanan darah membaik	Terapeutik - fasilitasi aktifitas yang dipilih - fasilitasi aktivitas motoric kasar - libatkan keluarga dalam aktivitas Edukasi - jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari - ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih - anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif Kolaborasi - kolaborasi terapi lanjut	4. untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan klien Terapeutik - untuk memberikan rasa nyaman - untuk meningkatkan dan melatih massa otot dan gerak ekstermitas atas - untuk melatih gerak mobilitas pasien edukasi - untuk memberikan rasa nyaman - agar pasien dapat mengatasi kelelahannya secara mandiri dengan mudah Kolaborasi - untuk memkasimalkan proses penyembuhan klien
2	Ketidakefektifan perfusio serebral berhubungan	Setelah dilakukan ...x... dengan kriteria hasil :	observasi - pantau tekanan darah - pertahankan tirah baring	Observasi untuk mengetahui

dengan aliran darah ke otak (D.0017)	1. tekanan darah membaik	3. Monitor peningkatan tekanan darah	Tekana darah klien
	2. gelisah menurun	4. Monitor pelebaran tekanan nadi	2. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
	3. kecemasan menurun	5. Monitor penurunan tingkat kesadaran	3. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
	4. tingkat kesadaran meningkat	terapeutik	
	5. nilai rata rata tekanan darah membaik	1. anjrkkan untuk tirah baring	
		2. Dokumentasi hasil pemantauan	
		Edukasi	
		1. Jelaskan tujuan	
		2. Informasikan hasil pemantauan	
			terapeutik :
			1. anjurkan tirah baring
			2. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
			3. Berikan posisi semi fowler
			kolaborasi
			1. pemberian almodipin
3	Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kesadaran (D.0143)	(L.144138) Setelah dilakukan....x....dengan kriteria hasil ;	Pencegahan jatuh (I.14540)
		1. jatuh dari tempat tidur menurun	1. Observasi
			identifikasi factor jatuh
		2. jatuh daat bersiri menurun	2. identifikasi risiko jatuh
			identifikasi factor lingkungan
			hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala
			Observasi
			1. identifikasi penyebab peningkatan TIK
			Terapeutik
			2. minimalkan stimulus dengan menyediakan

			Terapeuti	lingkungan yang tenang
			1. Orientasi ruangan pada pasien dan keluarga	3. berikan posisi semi powler
			2. atur tempat tidur mekanis pada posisi rendah	Kolaborasi
			3. gunakan alat bantu berjalan	
			Edukasi	1. kolaborasi dengan dokter untuk terapi lebih lanjut
			1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	
			2. ajarkan individu, keluarga dan kelompok	
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0032)	L.11103) Setelah dilakukan tindakan... dengan kriteria hasil :	Dukungan perawatan diri (I.11348)	Dukungan perawatan diri (I.11348)
			Observasi	Observasi
			1. identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	1. agar mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
			2. monitor tingkat kemandirian	
			3. identifikasi kebutuhan alat bantu, kebersihan diri, pakaian, berhias, dan makan	2. agar memonitor tingkat kemandirian
			Terapeutik	3. identifikasi kebutuhan alat bantu, kebersihan diri, pakaian, berhias, dan makan
			1. sediakan lingkungan yang terapeutik	Terapeutik
			2. siapkan keperluan pribadi	
			3. dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	
			4. asiliasi untuk menerima keadaan ketergantungan	
			5. fasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	1. sediakan lingkungan yang aman terapeutik

			6. jadwalkan rutin perawatan diri	2. siapkan keperluan pribadi
		Edukasi	1. anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.	3. dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
				4. fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
				5. fasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
				6. jadwalkan rutin perawatan diri
				Edukasi
				1. anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur (D.0055)	(L.05045) Setelah dilakukan tindakan 3x 30 menit dengan kriteria hasil :	Dukungan tidur (I.05174) Observasi 1. identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. identifikasi factor pengganggu tidur 3. identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Terapeutik	Observasi 1. Agar mengetahui pola tidur klien 2. Untuk mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik 1. Agar klien tidur dengan merasa nyaman 2. Agar pola tidur teratur
		1. keluhan sulit tidur menurun		
		2. keluhan sering terjaga menurun		
		3. keluhan tidak puas tidur menurun		

		4. keluhan pola tidur berubah menurun	1. modifikasi lingkungan 2. batasi Wktu siang 3. fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	Edukasi 1. Agar pola tidur teratur 2. Agar membuat klien dapat tidur dengan nyenyak
		5. keluhan istirahat tidak cukup menurun	4. terapkan jadwal tidur rutin 5. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	
			Edukasi 1. jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. anjurkan menepati kebiasaan	
			1. anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 2. anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur	
6	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan neuromuskular dan penurunan sirkulasi serebral d.d tidak mampu berbicara dan pelo (D.0119)	(L.13118) Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... jam di harapkan Komunikasi Verbal meningkat dengan kriteria hasil 1. Kemampuan berbicara sedang 3. Kemampuan mendengar cukup meningkat 4. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat	Promosi komunikasi : defisit bicara (1.13493) Observasi 1. Monitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeuti 1. Gunakan metode komunikasi alternatif 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 3. Modifikasi lingkungan untuk	Observasi 1. Memonitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara 2. Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Memonitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeuti

5. Afasia cukup menurun	meminimalkan bantuan	1. menggunakan metode komunikasi alternatif
6. Disatria cukup menurun	4. Ulangi apa yang disampaikan pasien	2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
	5. Berikan dukungan psikologis	3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
	6. Gunakan jurubicara	4. Ulangi apa yang disampaikan pasien
	Edukasi	5. Berikan dukungan psikologis
	1. Anjurkan berbicara	6. Gunakan jurubicara
		Edukasi
		1. mengajurkan berbicara

2.3.6. Implementasi

Implementasi merupakan tahapan ke empat dalam tahapan proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana (Nurfatul Jannah, 2020).

2.3.7. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan adalah proses menilai tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan untuk memastikan kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal dan untuk mengukur hasil dari keseluruhan proses keperawatan. Tahap ini bertujuan menentukan apakah tujuan yang ditetapkan telah tercapai. Evaluasi selalu berubungan erat dengan tujuan bila ternyata tujuan belum terpenuhi, maka perlu diidentifikasi faktor penyebabnya.

Kondisi tersebut bisa terjadi akibat beberapa faktor, seperti tujuan yang kurang realistis, intervensi keperawatan yang kurang sesuai, serta adanya

faktor lingkungan yang sulit di kendalikan.

Pentingnya melakukan penilaian untuk menghentikan intervensi yang kurang bermanfaat, meningkatkan ketetapan tindakan keperawatan, menyediakan bukti efektifitas keperawatan, serta mendukung pengembangan dan perbaikan praktis keperawatan. (Sitanggang, 2021).

2.4.Konsep Mobilitas fisik Pasien stroke pada lansia

2.4.1. Pengertian mobilitas fisik

Mobilitas merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, dan mempunyai tujuan untuk memnuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan (Rustiawati, E 2023).

Hambatan mobilitas fisik dalah suatu kondisi di mana individu mengalami keterbatasan dalam bergerak secara leluasa akibat adanya gangguan pada kemampuan aktivitas fisik, seperti trauma pada tulang belakang, cedera otak berat yang disertai patah tulang pada ekstremitas, serta faktor-faktor lain yang berhubungan.

Hambatan mobilitas fisik merupakan kondisi terbatasnya kemampuan individu untuk menggerakkan satu atau lebih bagian tubuh (ekstremitas) secara mandiri dan terarah (Nurafif & Hardi, 2015). Berdasarkan definisi dari NANDA (2011), hambatan mobilitas fisik adalah ketidakmampuan sebagian atau seluruh tubuh untuk melakukan gerakan secara mandiri dan dengan arah yang jelas. (Heriana, 2014).

2.4.2. Penyebab Hambatan Mobilitas Fisik

Keletihan dan kelemahan merupakan penyebab utama yang sering dialami dan dikeluhkan oleh lanjut usia. Lansia cenderung memiliki gaya hidup dengan aktivitas fisik yang rendah, yang turut memengaruhi kemampuan mobilitas mereka. Penurunan fungsi pada usia lanjut sering kali berkaitan dengan munculnya berbagai penyakit, sehingga menyebabkan ketergantungan terhadap bantuan orang lain. Penurunan fungsi fisiologis pada lansia, seperti gangguan pada otot dan keseimbangan, turut meningkatkan risiko ketergantungan tersebut. (Sholekah, L. A., dkk 2022).

2.4.3. Faktor-faktor yang berpengaruh pada mobilitas fisik stroke lansia

Berbagai penyebab dari mobilisasi fisik dapat dihubungkan dengan lingkungan internal dan eksternal

a. Faktor internal

Faktor internal yang dapat menyebabkan mobilitas fisik atau gangguan aktivitas adalah :

1. Penurunan fungsi muskuloskeletal : otot, tulang, sendi
2. Perubahan fungsi neorologis : Dapat disebabkan oleh adanya infeksi seperti ensefalitis, tumor, cedera (trauma), penggunaan obat-obatan tertentu, atau penyakit vaskular seperti stroke.
3. Nyeri dengan Timbul akibat berbagai penyebab, termasuk kondisi penyakit kronis.
4. Jatuh
5. Perubahan fungsi sosial

6. Aspek psikologis

b. Faktor Eksternal

Banyak faktor eksternal yang mengubla mobilitas pada lansia. Faktor tersebut adalah :

- a. Karakteristik tempat tinggal : tingkat mobilitas fisik dan pola perilaku dari kelompok teman sebaya klien dapat mempengaruhi pola mobilitas dan perilakunya.
 - b. Tirah baring dapat dianjurkan, sebagai intervensi yang dianjurkan, istirahat dapat menurunkan kebutuhan metabolic, kebutuhan oksigen, dan beban kerja jantung.
 - c. Sistem pemberian asuhan keperawatan : jenis sistem pemberian asuhan keperawatan yang digunakan dalam istitusi dapat berpengaruh status mobilitas fisik.
 - d. Hambatan fisik dapat mengganggu mobilitas. hambatan fisik termasuk kurangnya alat bantu yang tersedia untuk mobilitas. Alat bantu mobilitas tidak adekurat, lantai yang licin. Dan tidak ada sandaran untuk kaki.
- Menurut (Nanda Sari, S. H., dkk 2015).

2.4.4. Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik stroke pada lansia

Menurut Wibowo dan saputra (2019), 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.

- 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. Anjurkan pasien untuk tetap berbaring setelah duduk.
2. Latihan ROM pasif dan aktif.

Pasien yang mobilitas fisiknya terbatas karena penyakit, atau trauma yang memerlukan latihan sendi untuk mengurangi bahaya mobilitas. Setelah keadaan pasien membaik dan kondisinya telah stabil baru diperbolehkan dilakukan mobilisasi.

2.4.5. Manfaat latihan ROM pada lansia stroke

Latihan ROM juga sangat efektif untuk memperkuat otot. Latihan ini bisa dilaksanakan 3–4 kali sehari oleh keluarga pasien stroke, sehingga perlu diberikan latihan mobilisasi dini berupa ROM agar fleksibilitas dan kekuatan otot pasien tetap terjaga atau meningkat. (Wahdaniah, et al., 2018).

2.4.6 Penurunan mobilitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik setelah stroke dapat menghambat rentang gerak sendi sehingga apabila hal ini terus terjadi akan menyebabkan ketergantungan total. Kecelakaan hingga bahkan sampai kematian. ROM dengan perlahan dapat membantu menyembuhkan kelemahan otot. Pengaruh *Range Of Motion* (ROM) penting dalam penerapan penatalaksanaan tindakan keperawatan dalam

mengurangi kecatatan dan kelemahan otot ekstermitas pada pasien gangguan mobilitas fisik pasien stroke. (Setyawati dan Retnaningsih, 2024).