

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Stroke

2.1.1. Definisi

Stroke haemoragik dan non hemoragik merupakan stroke yang di sebabkan karena pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan. Sehingga, kematian sel atau jaringan otak ini menyebabkan sel-sel otak dibagian tersebut tidak dapat berfungsi lagi atau mengalami penurunan fungsi. (Ratnasari, 2020). Stroke haemoragik dan non hemoragik merupakan gangguan persarafan yang terjadi secara mendadak/tiba-tiba pada penderitanya yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah atau tersumbatnya pembuluh darah sehingga aliran darah ke otak mengalami gangguan. (Nasution et al., 2018; Alfaina et al. 2021).

Menurut *American Heart Association/American Stroke Association* (AHA/ASA:2019) stroke iskemik adalah kondisi medis yang terjadi ketika aliran darah ke bagian otak terhenti akibat penyumbatan pembuluh darah, biasanya oleh bekuan darah atau aterosklerosis (penumpukan plak lemak). Akibatnya, jaringan otak yang kekurangan oksigen dan nutrisi dapat mengalami kerusakan permanen.

Dari beberapa definisi diatas stroke haemoragik dan stroke non haemoragik adalah kondisi medis serius yang harus segera ditangani karena sangat berbahaya yang dapat merenggut nyawa stroke haemoragik adalah ketika pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan perdarahan sedangkan

stroke non haemoragik adalah akibat penyumbatan pada pembuluh darah.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi Menurut Lusiana (2019) dan Rukmi & Nabila, (2021) berdasarkan perjalanan klinis, stroke dikelompokkan menjadi dua:

1) Stroke Haemoragik

a. Perdarahan Intra Serebral

Dalam perdarahan Intra Serebral pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak disekitarnya, sehingga menyebabkan kerusakan sel otak. Penyebab utamanya adalah hipertensi, trauma, malformasi vaskular, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan intraserebral.

b. Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat yang mengalami pembengkakan arteri. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah.

2) Stroke Non haemoragik

a. TIA (Transient Ischemic Attack)

Pada TIA, gangguan peredaran darah otak dengan gejala neurologis timbul dan menghilang kurang dari 24 jam atau didefinisikan sebagai episode singkat disfungsi neurologis yang disebabkan gangguan sirkulasi otak tanpa adanya infark namun kemungkinan

risiko dapat terjadinya kembali serangan stroke dimasa depan.

b. RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit)

Gejala neurologis pada pasien dengan stroke non hemoragik menghilang/membaik lebih dari 24 jam namun kurang dari 21 hari atau gangguan peredaran darah otak yang membaik lebih dari 24 jam disertai gejala- gejala yang sebelumnya ada pada pasien tersebut menjadi berkurang atau bahkan menghilang

c. Stroke in Evolution

Stroke yang berjalan semakin parah dari waktu ke waktu dimana defisit neurologis bersifat fluktuatif, progresif kearah yang semakin memburuk

2.1.3 Etiologi

(Ummaroh. 2019) Stroke terjadi akibat emboli atau trombus di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi disebabkan oleh bekuan atau pecah pada (trombus) yang terbentuk didalam pembuluh darah otak. Terdapat beragam penyebab stroke termasuk aterosclerosis, arteritis, keadaan hiperkoagulasi dan penyakit jantung strukural. Penyebab lain stroke non hemoragik adalah vasospasme yang merupakan respons vaskule reaktif terhadap perdarahan ke dalam ruang antara araknoid dan piameter meningen. Ada 2 faktor yang dapat menyebabkan seseorang mengalami stroke yaitu :

a. Faktor Predisposisi

1) Jenis Kelamin

Stroke lebih banyak menyerang laki-laki 19% dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan karena perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses aterosklerosis. (Sulistiyowati et al., 2020).

2) Usia

Stroke non hemoragik dapat menyerang lansia semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke non hemoragik atau haemoragik . Penderita stroke lebih banyak terjadi pada usia diatas 60 tahun dibandingkan dengan yang berusia dibawah 50 tahun. Dimana pada usia tersebut semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi rapuh dan mengalami kelemahan sehingga menurunnya produktivitas sehari-hari. (Ratnasari, 2020).

3) Riwayat Stroke dalam Keluarga

Sekian banyak kasus stroke yang terjadi, sebagian besar penderita stroke memiliki riwayat stroke dalam keluarganya atau turun temurun. Keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan proses terjadinya timbunan zat lemak dibawah lapisan dinding pembuluh darah yang memicu terjadinya stroke atau penyumbatan pembuluh darah dan pecah pembuluh darah. biasanya disertai penyakit penyerta seperti penyakit (DM, gangguan fungsi ginjal, gangguan fungsi jantung, dll). Klasifikasi Menurut Lusiana (2019); Rukmi & Nabila, (2021)

b. (Faktor Presipitasi)

1) Hipertensi

tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah, sehingga meningkatkan resiko stroke. Untuk orang yang berusia di atas 60 tahun, tekanan darah sistolik yang tinggi (140 mmHg atau lebih) dianggap sebagai faktor risiko untuk stroke atau penyakit kardiovaskuler lain yang lebih besar dibandingkan dengan tekanan darah diastolik yang tinggi. Namun, tekanan darah meningkat seiring usia dan orang yang memiliki tekanan darah normal pada usia 55 tahun mempunyai risiko stroke hampir dua kali lipat dibandingkan orang berusia muda (Arlando & Wasena, 2019).

2) Penyakit Jantung

Faktor risiko berikutnya adalah penyakit jantung, penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian-bagian lain jantung. Ini menyebabkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidental terjadi pembentukan gumpalan darah. Gumpalan gumpalan ini lah yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke (Getrudis, 2019).

3) Diabetes Mellitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya stroke. Seseorang dikatakan menderita diabetes mellitus jika pemeriksaan gula darah puasa > 140 mg/dL, atau pemeriksaan 2 jam post prandial > 200 mg/dL

Penderita diabetes cenderung menderita obesitas, obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, dimana keduanya merupakan resiko faktor stroke. (Ratnasari, 2020)

4) **Obesitas**

Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya. Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas. obesitas dapat menyebabkan tekanan darah tinggi yang merupakan salah satu factor utama pada stroke.

5) **Merokok**

Seorang perokok lebih rentan terhadap terjadinya stroke dibandingkan mereka yang bukan perokok. Hal tersebut disebabkan oleh zat nikotin yang terdapat di dalam rokok membuat kerja jantung dan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah meningkat. Nikotin juga mengurangi kelenturan arteri yang dapat menyebabkan aterosklerosis mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah menggumpal sehingga resiko terkena stroke non hemoragik (Puspitawati, 2020).

6) **Displidemia**

Kadar kolesterol LDL (kolesterol jahat) dan kolesterol total yang tinggi mengakibatkan resiko stroke non hemoragik sampai dua kali lipat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian stroke 23 meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg%. Setiap kenaikan kolesterol

38,7 mg% menaikkan angka stroke 25% sedangkan kenaikan HDL (High Density Lipoprotein) 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan angka stroke setinggi 47% (Ratnasari, 2020).

7) **Life Style**

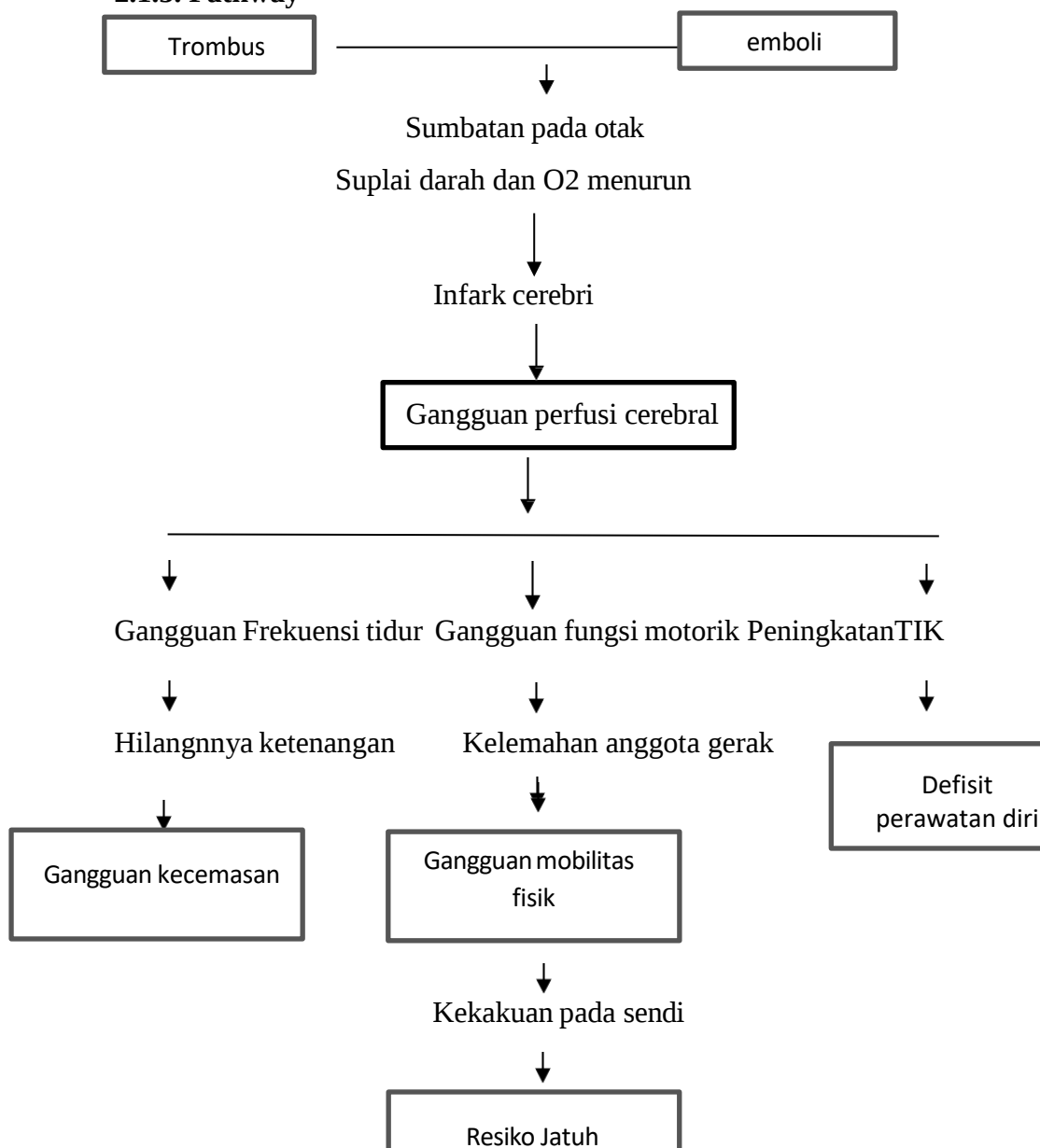
Life style atau gaya hidup seringkali dikaitkan sebagai pemicu berbagai penyakit yang menyerang, baik pada usia produktif maupun usia lanjut. Salah satu contoh life style yaitu berkaitan dengan pola makan. Generasi muda biasanya sering menerapkan pola makan yang tidak sehat dengan seringnya mengkonsumsi makanan siap saji yang serat lemak dan kolesterol namun rendah sehat. Kemudian, seringnya mengonsumsi makanan yang digoreng atau makanan dengan kadar gula tinggi dan berbagai jenis makanan yang ditambah zat pewarna/penyedap/pemanis dan lain-lain. (Ummaroh, 2019).

2.1.4. Patofisiologi

Stroke disebabkan oleh trombosis akibat plakaterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak. Ketika plak fibrosis (ateroma) terbentuk di lokasi yang terbatas seperti di percabangan arteri. Trombosit kemudian melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan meningkatkan ukuran plak sehingga membentuk trombus. Gumpalan darah (trombus) dan emboli di pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap di pembuluh darah distal, menyebabkan penurunan aliran darah ke otak sehingga sel otak akan

kekurangan nutrisi dan oksigen. Darah menuju ke otak melalui dua arteri karotis yang membawa darah ke bagian depan dari sisi kiri dan kanan otak. Dua arteri lainnya adalah arteri vertebralis yang mengalirkan darah ke tungkai dan bagian belakang otak. Kedua arteri ini mengikuti saluran vertebral atau tulang belakang dan disekitar leher., (Aisyah,2019)

2.1.5. Pathway



Sumber : Menurut Black & Hawks :fransisca (2020)

2.1.6 Tanda dan Gejala

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Berikut ini beberapa manifestasi klinis yang dapat terjadi pada pasien stroke non hemoragik :

a. Kehilangan motorik

Disfungsi motorik paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Diawal tahapan stroke non hemoragik, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam atau penurunan kekuatan otot untuk melakukan pergerakan, apabila refleks tendon dalam ini muncul kembali biasanya dalam waktu 48 jam, peningkatan tonus disertai dengan spastisitas atau peningkatan tonus otot abnormal pada ekstremitas yang terkena dapat dilihat (Afandy & Wiriatarina, 2018).

b. Kehilangan Komunikasi

fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke merupakan penyebab afeksia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut :

- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara

- 2) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
- 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

C. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologi

Gangguan persepsi sensoris merupakan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Gangguan persepsi sensoris pada stroke meliputi:

- 1) Disfungsi persepsi visual, karena gangguan jalur sensoris primer diantara mata dan korteks visual. Kehilangan setengah lapang pandang terjadi sementara atau permanen (homonymous hemianopsia). Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala penderita berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut yang disebut dengan amorfosintesis. Pada keadaan ini penderita hanya mampu melihat makanan pada setengah nampan, dan hanya setengah ruangan yang terlihat.

- 2) Gangguan hubungan visual-spasial yaitu mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial sering terlihat pada penderita dengan hemiplegia kiri. Penderita tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- 3) Kehilangan sensori, karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat dengan kehilangan proprioepsi yaitu kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius (Katrisnani, 2019).

2.1.7 Komplikasi

Menurut (Ariana, 2020) komplikasi dapat terjadi pada pasien stroke:

1. Hipoksia serebral

Fungsi otak tergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirim ke jaringan.

Hipoksia serebral diminimalkan dengan pemberian oksigen, dan mempertahankan hemoglobin dan hematokrit pada tingkat yang dapat diterima membantu menjaga oksigenasi jaringan.

2. Penurunan aliran darah otak

Aliran darah ke otak tergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah otak. Hidrasi yang memadai (cairan intravena) harus memastikan

penurunan viskositas darah dan meningkatkan aliran darah otak. Hipertensi atau hipotensi ekstrem harus dihindari untuk mencegah perubahan aliran darah otak dan kemungkinan perluasan area cedera.

3. Emboli serebral

Ini dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau katup jantung prostetik. Emboli mengurangi aliran darah ke otak dan selanjutnya mengurangi aliran darah ke otak. Aritmia dapat menyebabkan curah jantung yang tidak konsisten dan henti trombus lokal. Selain itu, aritmia jantung dapat menyebabkan emboli serebral dan harus diperbaiki.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Murtiningsih (2019) pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke, yaitu :

b. Radiologi

1). Elektroensefalogram (EEG)

Mengidentifikasi penyakit yang didasarkan pada pemeriksaan pada gelombang otak dan memungkinkan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik. Pada pasien stroke biasanya dapat menunjukkan apakah terdapat kejang yang menyerupai dengan gejala stroke.

2). Sinar X

Menggambarkan pada perubahan kelenjar lempeng pineal pada daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang terdapat pada trombosis serebral.

3). CT Scan

Pemindaian yang memperlihatkan secara spesifik adanya edema, adanya hematoma, iskemia dan adanya infark pada stroke. Hasil pemeriksaan tersebut biasanya terdapat pepadatan di vertikel kiri dan hiperdens lokal.

4). Pemeriksaan laboratorium

a. Fungsi lumbal, menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis embolis serebral dan TIK. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya subarachnoid hemorrhagic, dan perdarahan intrakranial.

b. Pemeriksaan darah rutin lengkap dan trombosit. Pemeriksaan kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum, dan kreatinin), masaprotrombin, dan masa tromboplastin parsial Jika ada Indikasi lakukan test - test berikut ini: kadar alkohol, fungsi hati, gas darah arteri, dan skrining toksikologi (Julianti, 2018).

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut Nofitri & Sari, (2019) penatalaksanaan keperawatan gawat

darurat yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke yaitu :

1. Penatalaksanaan medis
 - 1) Menurunkan kerusakan iskemik serebral tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.
 - 2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, atau dengan pemberian obat antihipertensi.
 - 3) Pengobatan
 - a. Anti Koagulan : Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut
 - b. Obat Anti Trombotik : Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik
 - c. Diuretika : Untuk menurunkan edema serebral
 - d. Pembedahan Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
- 2) Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
- 3) Tanda-tanda vital usahakan stabil

2.2 Konsep lansia

2.2.1 Definisi lansia

Lanjut usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas. Lanjut usia adalah sebagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan hingga akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu (Hidayatus,2018). Dengan penurunan usia menjadikan fokus utama pada peningkatan kualitas hidup lansia yang mengalami stroke dengan gangguan mobilitas fisik terutama terapi fisik, telah terbukti efektif meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan fungsional yang berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup lansia.

Intervensi keperawatan yang efektif untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dengan gangguan mobilitas fisik agar mempertahankan mobilitas fisik karena sangat penting. Ketika mobilitas terganggu, lansia bisa kehilangan kemandirian, merasa terisolasi, dan beresiko lebih tinggi untuk terjatuh sehingga dibutuhkan intervensi keperawatan yang telah terbukti efektif seperti, program latihan fisik individual dan terstruktur seperti ROM.

2.2.2 Batasan karakteristik

Menurut WHO, usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut :

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

2.2.3 karakteristik lansia

Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut : berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat 2 UU No. 13 tentang kesehatan), kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi mal adaptif, lingkungan tempat tinggal bervariasi. (Hidayatus,2018).

2.2.4 Tugas Perkembangan Lansia

Menurut (Maryam dkk 2008 dalam Sunaryo et al 2016). Tugas perkembangan pada lansia yaitu beradaptasi terhadap penurunan kesehatan dan kekuatan fisik, beradaptasi terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan, beradaptasi terhadap kematian pasangan, menerima diri sebagai individu yang menua, mempertahankan

kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kondisi hidup.

2.2.5 Perubahan Pada Lansia

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

2.2.6 perubahan fisik lansia

Perubahan lansia menurut . (Hidayatus,2018).

1. Sistem Indra

Sistem pendengaran: prebiakusis (gangguan pada pendengaran) karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas ,sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2. Sistem Integument

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

3. Sistem Musculoskeletal

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

4. Sistem Kardiovaskuler

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

5. Sistem Respirasi

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

6. Pencernaan dan Metabolism

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

7. Sistem Perkemihan

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

8. Sistem Saraf

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

9. Sistem Reproduksi

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

2.2.7 Tipe lansia

tipe lansia yaitu :

1. Tipe arif bijaksana, lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.
2. Tipe Mandiri, lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.
3. Tipe tidak puas, lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik.
4. Tipe pasrah, lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik mempunyai konsep habis (habis gelap datang terang), mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apapun dilakukan.
5. Tipe bingung, lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh. (Prabasari et al., 2017)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada lansia stroke

2.3.1 Pengkajian

Anamnesis

Identitas klien

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

Pasien mengalami kelemahan atau kelumpuhan sebagian anggota tubuh, Kekuatan otot menurun, bicara pelo. (Ramadani et.al2022)

2.3.2 Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang pada stroke mengacu pada tanda gejala dan kondisi terkini yang dialami pasien yang berkaitan dengan serangan stroke yang sedang berlangsung

2.3.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitu memiliki riwayat hipertensi, riwayat penggunaa obat anti hipertensi.

2.3.3 Riwayat Penyakit Keluarga

Faktor keturunan keluarga berpengaruh penting karena seseorang yang memiliki riwayat keluarga stroke akan memiliki resiko tinggi mengalami penyakit stroke (isnaini et.al2022)

2.3.4 Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran (composmentis) pasien sadar penuh pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap

lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), soporo 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.

2.3.6 Tanda-tanda Vital

a. Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan sistole > 140 dan diastole > 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.

b. Nadi

Nadi pada pasien biasanya lebih cepat dikarenakan jantung lebih kuat memompa untuk berusaha memenuhi kebutuhan oksigen otak.

c. Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas diakibatkan lidah jatuh kebelakang dan gangguan pola napas dikarenakan pasokan oksigen pada otak tidak cukup

d. Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik

1) Pemeriksaan Kekuatan Otot

Menurut Kemenkes, (2019) kekuatan otot adalah tenaga yang dikeluarkan otot atau untuk berkontraksi pada saat menahan beban maksimal. Pada penderita stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik kekuatan ototnya akan menurun.

Keterangan:

- 1 : Lumpuh total
- 2 : Tidak ada gerakan pada sendi dan tidak mampu melawan gravitasi
- 3 : Terdapat gerakan pada sendi dan tidak mampu melawan gravitasi
- 4 : Mampu melawan gravitasi tetapi tidak mampu melawan tahanan
- 5 : Mampu bergerak melawan tahanan tetapi kekuatan kurang
- 6 : Dapat melawan tahanan dengan kekuatan maksimal

2.4 Pengkajian Fungsional Klien

1. Katz indeks

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 di atas
C	Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi di atas
D	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi lain
E	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi lain
F	Mandiri, kecuali mandiri berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain
G	Ketergantungan untuk semua fungsi di atas
Lain-lain	Ketergantungan sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, F dan G

Keterangan untuk hasil pengkajian didapat pada ny.e skor katz indeks yaitu **G**

2. Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi Jumlah : 2x Jenis : sayur dan lauk pauk
2	Minum	10	10	Frekuensi Jumlah : Jenis :
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	8	15	
4	Personal toilet (mencuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	5	5	Frekuensi
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	7	10	

6	Mandi	5	15	Frekuensi
7	Jalan di permukaan datar	5	15	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Menggunakan pakaian	5	10	
10	Control bowl (BAB)	5	10	Frekuensi konsistensi
11	Control blader (BAK)	5	10	Frekuensi warna
12	Olahraga / latihan	5	10	Frekuensi jenis
13.	Rekreasi / pemanfaatan waktu luang	5	10	Jenis frekuensi

Keterangan : 85

65 : Mandiri

65 – 125 : Ketergantungan sebagian 60 : Ketergantungan total

3. Sullivan Indeks

No	Tes Koordinasi	Keterangan	Nilai
1.	Berdiri dengan postur normal	4	
2.	Berdiri dengan postur normal menutup mata	4	
3.	Berdiri dengan kaki rapat	3	
4.	Berdiri dengan satu kaki	2	
5.	Berdiri fleksi trunk dan berdirike posisi netral	2	
6.	Berdiri lateral dan fleksi trunk	2	
7.	Berjalan tempatkan tumit salah satu kaki di depan jari kaki yang lain	2	
8.	Berjalan sepanjang garis lurus	4	
9.	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai	2	
10.	Berjalan menyamping	2	
11.	Berjalan mundur	2	
12.	Berjalan mengikuti lingkaran	2	
13.	Berjalan pada tumit	2	
14.	Berjalan dngan ujung kaki	1	
	Jumlah	34	34

Keterangan hasil didapat skor sullivan indeks kats 34

42-54 : mampu melakukan aktivitas

14-27 : **mampu melakukan aktivitas dengan bantuan**

14-27 : mampu melakukan
bantuan maksimal 13: tidak
mampu melakukan

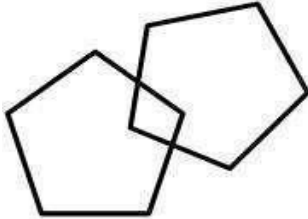
4. Pengkajian Kognitif

Skore		No	Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
		01	Tanggal berapa hari ini ?	17
		02	Hari apa sekarang ini ?	Sabtu
		03	Apa nama tempat ini ?	Rumah
		04	Dimana alamat anda ?	Mekarjati
		05	Berapa umur anda ?	75 th
		06	Kapan anda lahir ? (minimal tahun lahir)?	19
		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang ?	Prabowo
		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya ?	Jokowi
		09	Siapa nama Ibu Anda ?	Epon
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara Menurun	17.14,11
		Jumlah kesalahan total		0

keterangan untuk hasil pengkajian kognitif didapat jumlah kesalahan 0

5. Fungsi Intelektual Utuh

Nilai Max	Nilai Klien	Pertanyaan
Orientasi		
5		Menyebutkan dengan benar (tahun), (musim), (tanggal), (hari), (bulan) ?
5		Dimana kita sekarang berada (negara), (provinsi), (kota), (rumah sakit/ruangan/tempat), (lantai) ?
Registrasi		
3		Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing- masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi (untuk disebutkan). Beri 1 poin untuk setiap jawaban yang benar. Ulangi sampai klien mempelajari ketiganya. Jumlahkan percobaan dan catat.
Perhatian dan Kalkulasi		
5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 5 sampai 5 kali/tingkat, atau suruh mengeja terbalik kata “W A H Y U” beri nilai 1 untuk setiap jawaban yang benar ❖ 95 ❖ 90 ❖ 85 ❖ 80 ❖ 75
Mengingat Kembali (Recall)		
3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek di bagian (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing-masing obyek.
Bahasa		

9		Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. • (misal gelas) 1 poin • (misal pensil/pulpen) 1 poin Minta klien untuk mengulangkata berikut: “tak ada, jika,atau tetapi“. Bila benar, nilai 1 poin. Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : “ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh dilantai“. • Ambil kertas di tangan anda (1 poin) • Lipat dua (1 poin) • Taruh di lantai/meja (1 poin) Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah) nilai 1 poin “ tutup mata anda” Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar. • Tulis satu kalimat spontan (1 poin) • Menyalin gambar pemeriksa (1poin)
		
30		Nilai Total: 30

Dengan keterangan hasil aspek kognitif dengan hasik 30 dengan keterangan

Interpretasi hasil :

> 23 : **Aspek kognitif dan fungsi mental baik**

18 – 22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

< 17 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

6. PENGKAJIAN AFEKTIF

- **Inventaris Depresi Beck** (Menggambarkan berbagai gejala dan sikap berhubungan dengan depresi)

Skore	Uraian
	A. Kesedihan
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar Darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
	B. Pesimisme
3	Saya merasa bahwa masa depan saya adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak merasa begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
	C. Rasa Kegagalan
3	Saya merasa saya benar-benar gagal sebagai seseorang (orang tua, suami, istri)
2	Seperti melihat kebelakang hidup saya, semuanya dapat saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa saya telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal
	D. Ketidakpuasan
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
	E. Rasa Bersalah
3	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk atau tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar-benar bersalah
	F. Tidak Menyukai Diri Sendiri
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
	G. Membahayakan Diri Sendiri
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan

2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
H. Menarik Diri dari Sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli ada mereka semua
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain daripada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I. Keragu-raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambil keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J. Perubahan Gambaran Diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanent dalam penampilan saya dan ini membuat saya tak menarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik
0	Saya tidak mengalami perubahan pada diri saya
K. Kesulitan Kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Ini memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya
L. Kelelahan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya lelah lebih dari yang biasanya
0	Saya tidak lebih lelah dari biasanya
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya

Penilaian : 7

0-4 : Depresi tidak ada atau minimal 5-

7 : Depresi ringan

8-15 : Depresi sedang

>16 : Depresi berat

Skala Depresi Geriatrik

1. Apakah pada dasarnya Anda puas dgn kehidupan Anda ? (tidak)
2. Sudahkah Anda mengeluarkan aktivitas dan minat Anda ? (ya)
3. Apakah Anda merasa bahwa hidup Anda kosong ? (ya)
4. Apakah Anda sering bosan ? (ya)
5. Apakah Anda mempunyai semangat yang baik setiap waktu ?
(tidak)
6. Apakah Anda takut sesuatu akan terjadi pada Anda ? (ya)
7. Apakah Anda merasa bahagia di setiap waktu ? (tidak)
8. Apakah Anda lebih suka tinggal di rumah pada malam hari,
daripada pagi hari dan melakukan sesuatu yang baru ? (ya)
9. Apakah Anda merasa bahwa Anda mempunyai lebih banyak
masalah dengan ingatan Anda daripada yang lainnya ? (ya)
10. Apakah Anda berfikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini ?
(tidak)
11. Apakah Anda merasa Saya sangat tidak berguna dengan keadaan
Anda sekarang? (ya)
12. Apakah Anda merasa penuh berenergi ? (tidak)
13. Apakah Anda berfikir bahwa situasi Anda tak ada harapan ? (ya)
14. Apakah Anda berfikir bahwa banyak orang yang lebih baik
daripada Anda? (ya)

Penilaian : 9

- **Skor 0-9 : tidak depresi**
- Skor 10-19 : depresi sedang
- Skor 20-30 : depresi berat

NO	ITEMS PENILAIAN	SELALU (2)	KADANG-KADANG (1)	TIDAK PERNAH (0)
1.	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	√		
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.	√		
3.	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.	√		
4.	A : Afeksi Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai	√		
5.	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon	√		
	JUMLAH	10		

Penilaian :

Nilai 0-3 : Disfungsi keluarga

sangat tinggi Nilai 4-6 :

Disfungsi keluarga sedang

Nilai 7-10 : Disfungsi

keluarga ringan / baik

2.5 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan dari masalah pasien yang nyata ataupun potensial dan membutuhkan tindakan keperawatan dengan masalah pasien dapat ditanggulangi atau dikurangi, mencakup respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami. Diagnosa keperawatan memiliki tujuan untuk mengidentifikasi respon pasien, keluarga maupun komunitas terhadap keadaan yang berhubungan dengan kesehatan. (PPNI 2017).

Adapun Masalah Yang Mungkin Muncul:

1. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
2. Resiko jatuh (D.0143)
3. Perfusi Serebral (D.0017)
4. Ansietas (D.0080)
5. Defisit perawatan diri (D.0109)

2.6 intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Luaran/Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan mobilitas fisik SDKI (D.0054) Ds : -Klien sulit mengerjakan ekstremitas Do : -Kekuatan otot menurun -Rentang gerak ROM Menurun	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..x...jam diharapkan mobilitas fisik meningkat kriteria hasil : (SLKI L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 4. Rentang gerak rom meningkat 5.Kaku sendi dapat berkurang	Dukungan mobilisasi (SIKI L.05173) Observasi : - Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya. - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi Terapeutik : - Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu

- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi :

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk di tempat tidur

Kolaborasi :

- Kolaborasikan dengan ahli terapis untuk mendukung peningkatan kekuatan otot

2. Resiko jatuh SDKI (D.0143) - Faktor usia - Riwayat Jatuh - Kekuatan Otot Menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..x.. jam diharapkan resiko jatuh menurun : Kriteria Hasil : (SLKI L.4138) 1. Resiko Kejadian Cedera menurun 2. Resiko lecet/luka menurun 3. Jatuh saat berdiri menurun	Pencegahan Cedera (SIKI L.14540) Observasi : - Identifikasi kesesuaian alas kaki pada ekstermitas bawah - Identifikasi adanya pegangan di dekat pasien Terapeutik : - Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat
--	--	---

Inap

- Sediakan alas kaki
antisipasi
- Pastikan barang
barang pribadi mudah
di jangkau

Edukasi:

- Anjurkan
memanggil perawat
jika dibutuhkan
 - Edukasi lingkungan
yang aman bagi
pasien
-

3. Perfusi serebral tidak efektif SDKI (D.0017) - Hipertensi	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama x Maka diharapkan perfusi serebral meningkat kriteria hasil : (SLKI L.02014) - Diharapkan sakit kepala menurun - Gelisah menjadi menurun	Manajemen peningkatan TIK (SIKI I.06198) Observasi : - Identifikasi penyebab peningkatan TIK - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK Terapeutik : - Berikan posisi semi Fowler - Hindari pemberian cairan IV Hipotonik - Cegah terjadinya kejang Kolaborasi : - Kolaborasi dalam pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu - Kolaborasi pemberian diuretic
--	--	--

4. Ansietas SDKI (D.0080) - Cemas ketika beraktifitas - Faktor penyakit	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama x Maka diharapkan kecemasan menurun atau hilang Dengan kriteria hasil : (SLKI L.09093) -Keluhan cemas menurun -Keluhan istirahat tidak cukup karena ansietas menurun -Kemampuan beraktivitas meningkat	Reduksi ansietas (SIKI I.093114) Observasi: - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi,waktu,st resor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda tanda ansietas verbal Terapeutik : - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang memicu ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian Edukasi : - Informasikan secara factual mengenai diagnosis,
--	---	--

-
- pengobatan,
dan prognosis
 - Anjurkan
mengungkapkan
perasaan dan
persepsi
 - Latih
kegiatan
pengalihan
untuk
mengurangi
stress
 - Latih teknik
relaksasi Kolaborasi:
 - Kolaborasika
n pemberian
obat ansietas
jika perlu

5. Defisit perawatan diri SDKI (D.0109) - Tidak mampu Mandi/mengena kan pakaian, ke Toilet	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Nyeri menurun kriteria hasil : (SLKI L.11103) 1. Diharapkan perawatan diri meningkat 2. Kemampuan mandi meningkat 3. Kemampuan makan meningkat	Dukungan perawatan diri (SIKI I.111348) Observasi ; - Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia - Mengetahui tingkat kemandirian pasien - Mengetahui alat yang dibutuhkan untuk kebersihan diri Terapeutik : - Sediakan lingkungan yang terapeutik - Fasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Edukasi : - Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan
---	---	---

2.7 Pelaksanaan

Implementasi keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang mengikuti rumusan yang sudah ada di rencana keperawatan. Tahap implementasi mengacu pada pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah disusun. Implementasi mencakup pelaksanaan dari intervensi keperawatan yang ditunjukkan dalam mengatasi diagnosa keperawatan, masalah-masalah kolaboratif dan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Disini peneliti melakukan terapi range of motion (ROM) aktif pasif agar pasien stroke bisa meningkatkan kembali kekuatan otot dan rentang gerak Salmawati(2020).

2.8 Evaluasi

Evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien Salmawati(2020).