

BAB II

TINJAUAN TEORITIS DAN TINJAUAN KASUS

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi stroke

Menurut definisi WHO, stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal atau global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler.

Secara umum stroke diklasifikasikan menjadi 2, yaitu stroke non hemoragic dan stroke hemoragic. Stroke haemoragik adalah stroke yang terjadi oleh karena pecahnya pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah mengakibatkan darah mengalir ke rongga sekitar jaringan otak. Karena tidak menerima oksigen dan bahan makanan dari darah, sel-sel jaringan otak akan mati. Kematian jaringan otak akan terjadi dalam waktu 4 sampai 10 menit setelah suplai darah terhenti. Stroke haemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (*haemoragia intraserebral*) dan ruang sekitar otak. Stroke haemoragik sangat berbahaya karena dapat menimbulkan kerusakan-kerusakan luas yang diakibatkan oleh darah yang mengalir keluar pembuluh darah masuk ke seluruh jaringan otak. Darah ini pun dapat menimbulkan tekanan pada jaringan otak yang dapat menyebabkan korban stroke mengalami sakit kepala yang hebat.(Khotimah et al., 2021)

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (disebut *hemoragia intraserebrum* atau *hematom intraserebrum*) atau kedalam

ruang subaraknoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut *hemoragia subaraknoid*). Stroke hemoragik merupakan 15% sampai 20% dari semua stroke, dapat terjadi apabila lesi vascular intraserebrum mengalami rupture sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Sebagian dari lesi vascular yang dapat menyebabkan perdarahan subaraknoid (PSA) adalah aneurisma sakular dan malformasi arteriovenal.(Prpto Sasongko & Khasanah, 2023)

Pasca stroke didefinisikan sebagai keadaan individu setelah mengalami terjadinya *stroke (brain attack)*. Suatu keadaan yang dialami oleh seseorang dengan *pasca stroke* maka akan berdampak pada fisik dan psikologis penderita. *Pasca stroke* juga merupakan kondisi dimana individu kehilangan kendali atas bagian-bagian tertentu dalam tubuh serta pikirannya, hampir semua individu *pasca stroke* tidak dapat melakukan gerakan yang sempurna pada bagian anggota tubuh tertentu dan individu akan mengalami kemunduran fungsi fisik dan perubahan pada perilakunya. *Pasca stroke* mengalami berbagai masalah seperti masalah fisik, mental, seksual, emosional, lingkungan, dan pekerjaan.(Hutagalung, 2021)

2. Penyebab/faktor predisposisi

a. Faktor risiko yang tidak dapat dikontrol.

1) Usia

Pada umumnya risiko terjadinya stroke mulai usia 35 tahun dan akan meningkat dua kali dalam dekade berikutnya. Setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun meningkatkan resiko stroke sebesar 11-20%. Risiko untuk terkena stroke pada orang yang berusia lebih dari 65 tahun sebesar 40% dan pada orang yang berusia dibawah 45 tahun sebesar 13%. Hal disebabkan

karena terjadinya akumulasi plak yang tertimbun di dalam pembuluh-pembuluh darah. (Aziz trimardani & Ditasari, 2022)

2) Jenis Kelamin

Para pria memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan para wanita, dengan sex ratio 2:1. Walaupun para pria lebih rawan daripada wanita pada usia yang lebih muda, tetapi para wanita akan menyusul setelah usia mereka mencapai menopause. Pria berusia kurang dari 65 tahun memiliki risiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intraserebral lebih tinggi sekitar 20% daripada wanita. Namun, wanita usia berapapun memiliki resiko perdarahan subarachnoid sekitar 50% lebih besar.(Aziz trimardani & Ditasari, 2022)

3) Ras dan Suku Bangsa

Orang kulit hitam lebih banyak menderita stroke dari pada kulit putih. Faktor ini sangat penting bagi orang kulit hitam untuk melakukan tindakan berjaga-jaga terhadap semua faktor risiko yang masih dapat diubah. Orang kulit hitam lebih banyak menderita stroke dari pada orang kulit putih, hal ini disebabkan oleh pengaruh lingkungan dan gaya hidup. (Aziz trimardani & Ditasari, 2022)

4) Riwayat Keluarga dan Herediter

Riwayat keluarga berperan penting dalam meningkatkan resiko terjadinya stroke. Faktor keturunan yang biasanya terjadi adalah faktor penyakit degeneratif seperti hipertensi, diabetes, kadar kolesterol yang tinggi, yang semuanya bisa diwariskan dalam keluarga penderita. Anggota keluarga dekat (anak) dari orang

yang pernah mengalami perdarahan subarachnoid memiliki peningkatan risiko 2-5% terkena perdarahan subarachnoid.(Muhrini Sofyan, 2019)

5) Malformasi Arteri-Vena (AVM).

Malformasi arteriovenosa merupakan kelainan bawaan, tetapi baru diketahui keberadaannya jika telah menimbulkan gejala. Perdarahan dari malformasi arteriovenosa bisa secara tiba-tiba menyebabkan pingsan dan kematian. Malformasi arteriovenosa merupakan kelainan anatomis di dalam arteri atau vena di dalam atau di sekitar otak, dimana tidak terbentuknya sistem kapiler sehingga aliran darah dari arteri masuk langsung ke vena. Karena adanya hubungan langsung arteri vena, aliran darah tersedot ke anomaly hingga daerah lain mengalami kekurangan (iskemik). Selain itu malformasi arteri vena bisa berkembang terus sehingga terjadi semacam gumpalan jaringan dengan efek penekanan langsung pada jaringan otak yang dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.(Tejo Saksono et al., 2022)

6) Riwayat Stroke

Bila seseorang telah mengalami stroke, hal ini akan meningkatkan terjadinya serangan stroke kembali/ulang. Dalam waktu 5 tahun, kemungkinan akan terjadi stroke kembali sebanyak 35-42%.

7) Diabetes Mellitus

Gula darah yang tinggi dapat mengakibatkan kerusakan endotel pembuluh darah yang berlangsung secara progresif. Pada orang yang menderita Diabetes Mellitus risiko untuk terkena stroke 1,5-3 kali lebih besar.

b. Faktor yang dapat dikontrol.

1) Hipertensi

Faktor ini merupakan risiko utama terjadinya stroke perdarahan. Hampir 70% stroke haemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Hipertensi dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke sebanyak 4 sampai 6 kali. Tekanan darah yang meningkat dapat merusak dinding pembuluh darah dengan memperkeras arteri dan mendorong terbentuknya bekuan darah dan aneurisma yang semuanya mengarah pada stroke, terutama pada orang yang berusia di atas 45 tahun. Tekanan darah tinggi melemahkan pembuluh darah dan juga merontokkan butir-butir plak dari tempatnya menempel pada dinding pembuluh darah, yang membuat plak-plak bebas melakukan kerusakan berikutnya. Stroke haemoragik terjadi karena peningkatan tekanan darah yang mendadak sehingga pembuluh darah di otak pecah (karena tidak tahan menerima tekanan yang tinggi). (Tejo Saksono et al., 2022)

2) Aneurisma intrakranium

Aneurisma adalah pelebaran setempat pada arteri. Biasanya aneurisma terdapat pada arteri-arteri di basis serebri pada percabangan- percabangan. Gejala-gejala aneurisma sebelum pecah menyerupai tumor serebri. Bila aneurisma pecah timbul gejala-gejala akut. Darah masuk ke dalam ruang subarachnoid bercampur dengan likuor serebrospinal, sehingga cairan otak menjadi hemoragik. Adanya darah di dalam cairan otak merangsang meninges sehingga tengkuk menjadi kaku, kepala terasa nyeri berdenyut. Gejala-gejala neurologis yang dijumpai tergantung pada bagian mana yang mengalami kerusakan. Lebih dari 45% penderita meninggal karena serangan ini.

3) Merokok

Merokok meningkatkan risiko terjadinya stroke hampir 2 kali lipat. Adapun perokok pasif berisiko terkena stroke 2 kali lebih besar. Merokok dapat meningkatkan konsentrasi fibrinogen, peningkatan ini akan menyebabkan terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan viskositas darah sehingga mempermudah terjadinya proses penggumpalan darah.

4) Diabetes Melitus

Diabetes melitus dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke 1,5-4 kali lipat. Diabetes melitus menimbulkan perubahan sistem vaskular (pembuluh darah dan jantung) serta mendorong terjadinya aterosklerosis. Di samping itu diabetes melitus juga mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak. Menebalnya dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan diameter pembuluh darah dan penyempitan ini kemudian akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak, yang pada akhirnya menyebabkan infark sel-sel otak.(Mustika et al., 2021)

5) Serangan Iskemik Sesaat.

Penderita yang pernah mengalami serangan iskemik sesaat (*transient ischaemic attack* atau TIA) akan menghadapi risiko untuk terjadinya serangan stroke berulang. Serangan iskemik sesaat memberikan gejala seperti serangan stroke yang ringan, karena ada gangguan penglihatan serta bicara dan perasaan lemas.

3. Klasifikasi

Klasifikasi stroke dapat dibedakan menurut patologi dan gejala kliniknya, yaitu :

- a. Stroke hemoragik, serangan penyakit ini terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktivitas fisik, namun bisa juga terjadi saat beristirahat atau karena psikologis (Batticaca B Fransisca, 2011), disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Kesadaran pasien pada umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi dua, yaitu :
- 1) Perdarahan intraserebral : pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, sehingga membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak.
 - 2) Perdarahan subarachoid : perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak.
- b. Stroke non hemoragik, serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari, tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder, kesadaran umumnya baik (Lina et al., 2019)

4. Patofisiologi

Otak sangat tergantung dengan oksigen dan tidak memiliki cadangan oksigen, jika aliran darah terhambat karena thrombus dan embolus, maka mengakibatkan kekurangan oksigen ke otak. Kekurangan oksigen selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran, selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu lama dapat mengakibatkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen awalnya mungkin akibat iskemia atau hipoksia, stroke dapat mengakibatkan bekuan darah, uidara, plaque, ateroma fragment lemak. Jika

etiologi stroke adalah hemoragik maka faktor utama adalah hipertensi. Ada dominan stroke meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intracranial dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena. (Benjamin et al., 2019)

5. Tanda dan gejala

a. Perdarahan Intracerebral.

Gejala prodromal tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan seringkali di siang hari, waktu bergiat, atau emosi/marah. Defisit neurologis timbul mendadak dan memburuk dengan cepat (dalam beberapa menit atau jam). Nyeri kepala yang hebat, mual, muntah, hemisphere/hemiplegi biasa terjadi sejak permulaan serangan. Kesadaran biasanya menurun dan terjadi koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23% antara 2 jam, dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari). (Benjamin et al., 2019)

b. Perdarahan Subarachnoid.

Gejala stroke pada perdarahan subarachnoid adalah:

- 1) Gejala prodromal: nyeri kepala hebat hanya 10%, dan 90% tanpa keluhan sakit kepala;
- 2) Kesadaran sering terganggu, dan sangat bervariasi dari tak sadar sebentar, sampai koma;
- 3) Gejala/tanda rangsangan meninges: kaku kuduk;
- 4) Fundus okuli: 10% penderita mengalami edema-papil beberapa jam setelah perdarahan;

- 5) Sekitar 25% penderita memiliki kelainan neurologis, yang biasanya berupa kelumpuhan pada satu sisi badan;
- 6) Demam setelah 24 jam, demam ringan karena ransangan meningitis, dan demam tinggi, muntah, berkeringat, menggigil dan takikardia bila dilihatkan hipotalamus. Bila berat, maka terjadi ulkus peptikum disertai hematemesis dan melena (stress ulcer), dan seringkali disertai peninggian kadar gula darah, glukosuria, albuminuria, dan perubahan pada EKG.

c. Perdarahan Subdural.

Penderita mengeluh nyeri kepala yang lambat laun menghebat, biasanya di daerah dahi. Dapat disertai mual dan muntah, kemudian penglihatan mulai kabur akibat membengkaknya papil. Gejala-gejala perdarahan sub dural adalah nyeri kepala progresif, ketajaman penglihatan mundur akibat edema papil yang terjadi, tanda-tanda defisiensi neorologik daerah otak yang tertekan.

6. Pemeriksaan diagnostic

a. Anamnesis.

Pengambilan anamnesis dilakukan melalui wawancara kepada penderita ataupun keluarga yang mengerti tentang penyakit yang diderita. Tujuan anamnesis adalah untuk mendapatkan riwayat perjalanan penyakit penderita. Dengan anamnesis yang teliti dan terarah dapat ditentukan proses alamiah serangan penyakit, misalnya tentang timbulnya serangan, penyebab, pencetus serta manifestasi klinis yang terjadi.

b. Pemeriksaan Fisik.

Pada pemeriksaan fisik ditelusuri adanya gangguan saraf, bentuk gangguan saraf serta semua penyakit yang dapat mempengaruhi perjalanan stroke.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan antara lain: pemeriksaan fisik umum (yaitu penilaian tingkat kesadaran, pernapasan, suhu, tekanan darah, denyut nadi, gizi, anemi, paru dan jantung), pemeriksaan neurologi dan neurovaskular.

c. Pemeriksaan Penunjang.

Dengan majunya teknologi kedokteran, maka pemeriksaan penunjang bertambah besar peranannya dalam menangani stroke. Pemeriksaan yang dilakukan antara lain:

- 1) Pemeriksaan laboratorium (hemoglobin, hematokrit, eritrosit, leukosit, trombosit, gula darah, ureum, kreatinin, urin lengkap)
- 2) Elektrokardiografi (EKG)
- 3) Elektro encephalografi (EEG)
- 4) Computed Tomography Scanning (CT-Scan)
- 5) Magnetic Resonansing Imaging (MRI).

Pemeriksaan CT-Scan dan MRI dapat membantu membedakan stroke iskemik dan stroke haemoragik. Dengan CT-Scan, dapat ditentukan lokasi infark, perdarahan dan menyingkirkan penyebab lain seperti tumor, hematoma subdural yang dapat menyerupai gejala infark atau perdarahan di otak. Pemeriksaan CT-Scan dengan kontras dapat mendeteksi malformasi vaskuler dan aneurisma. Sementara pemeriksaan MRI lebih sensitif mendeteksi infark, terutama yang di batang otak dan serebelum. MRI mempunyai keunggulan bagi pasien dengan iskemia vertebrobasiler atau infark yang kecil yang letaknya dalam. (Levine, 2018)

Namun karena terbatasnya alat-alat tersebut di Rumah Sakit, untuk mendiagnosis stroke dilakukan dengan sistem skoring. Sistem skoring dapat

membedakan stroke haemoragik dan non haemoragik dengan ketepatan yang cukup memadai. Cara penggunaan sistem skoring adalah dengan menentukan berbagai variabel yang berhubungan dengan kejadian stroke dan memberikannya bobot tertentu.(Mansfield et al., 2018)

7. Penatalaksanaan medis

a. Terapi stroke hemoragik pada serangan akut

- 1) Saran operasi diikuti dengan pemeriksaan.
- 2) Masukkan klien ke unit perawatan saraf untuk dirawat di bagian bedah saraf.
- 3) Penatalaksanaan umum di bagian saraf,
- 4) Penatalaksanaan khusus pada kasus:
 - a) Subarachnoid hemorrhage dan intraventricular hemorrhage,
 - b) Kombinasi antara parenchymatous dan subarachnoid hemorrhage,
 - c) Parenchymatous hemorrhage.
- 5) Neurologis
 - a) Pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya.
 - b) Kontrol adanya edema yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak.
- 6) Terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah.
 - a) Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil.
 - b) Natrii Etamsylate (Dynone) 250 mg x 4 hari IV sampai 10 hari.
 - c) Kalsium mengandung obat; Rutinium, Vicasolum, Ascorbicum.
- b. Perawatan umum klien dengan serangan stroke akut
 - 1) Pengaturan suhu, atur suhu ruangan menjadi 18-20°C.
 - 2) Pemantauan (monitoring) keadaan umum klien (EKG, nadi, saturasi O₂, PO₂, PCO₂).

- 3) Pengukuran suhu tubuh tiap dua jam (Ayundari Setiawan, 2021)

B. Masalah gangguan mobilitas fisik pada Pasien dengan pasca stroke

1. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2. Penyebab

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan massa otot
- f. Penurunan kekuatan otot
- g. Keterlambatan perkembangan
- h. Kekakuan sendi
- i. Kontraktur
- j. Malnutrisi
- k. Gangguan muskuloskeletal
- l. Gangguan neuromuskular
- m. Indeks massa tubuh diatas persentil ke 75 sesuai usia
- n. Efek agen farmakologis
- o. Program pembatasan gerak
- p. Nyeri
- q. Kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik
- r. Kecemasan

- s. Gangguan kognitif
- t. Keengganan melakukan pergerakan
- u. Gangguan sensoripersepsi

3. Gejala dan tanda

- a. Mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - 2) Objektif
 - a) Kekuatan otot menurun
 - b) Rentang gerak (ROM) menurun
- b. Minor
 - 1) Subjektif
 - a) Nyeri saat bergerak
 - b) Enggan melakukan pergerakan
 - c) Merasa cemas saat bergerak
 - 2) Objektif
 - a) Sendi kaku
 - b) Gerakan tidak terkoordinasi
 - c) Gerakan terbatas
 - d) Fisik lemah

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Penderita Pasca Stroke

1. Pengkajian keperawatan

Serangkaian tugas pengumpulan data (pengkajian keperawatan) dan informasi yang diselesaikan secara efisien yang ditujukan untuk menentukan kondisi klien. Kemudian Informasi yang dikumpulkan selama pengkajian memberikan informasi yang lengkap tentang kondisi klien jika diperoleh langsung dari klien dan keluarganya. (Adinda, 2019).

Menurut Riasmini et al (2017) komponen pengkajian terdiri atas :

a. Data umum

Mengidentifikasi klien, yang biasanya mencakup nama klien, usia, jenis kelamin, agama, etnis, status perkawinan, tingkat pendidikan terakhir, pekerjaan sebelumnya, alamat, tanggal penilaian, dan nama penanggung jawab.

b. Riwayat keluarga

Menggambarkan catatan silsilah (nenek, kakek, ibu, bapak, wali, kerabat, pasangan hidup dan anak-anak).

c. Riwayat pekerjaan

Berikan informasi tentang pekerjaan klien sebelumnya, pekerjaan saat ini, dan sumber pendapatan untuk memenuhi kebutuhan klien.

d. Riwayat lingkungan hidup

Berikan detail tentang rumah klien, termasuk tipenya, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal di sana, dan alamatnya.

e. Riwayat rekreasi

Memahami kepentingan sampingan klien, latihan dalam pergaulan dan mengisi waktu senggang

f. Status kesehatan

Berisi keluhan klien, riwayat alergi, dan status pengobatan terdahulu.

g. Aktivitas hidup sehari-hari

Indeks Katz adalah alat analisis yang menggunakan enam indikator mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, operasi, kontinensia, makan untuk mengukur kemandirian fungsional dalam hal mobilitas dan perawatan diri. Ini juga dapat digunakan sebagai kriteria untuk mengevaluasi fungsional pasien dengan gangguan keseimbangan. Dengan 6 pertanyaan yang tidak sepenuhnya ditentukan dengan memeriksa bagian otonom atau mengandalkan lembar polling. Menggunakan interpretasi hasil skor A: Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian Kelas B: Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut. Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan. Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan. Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan. Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Nilai G: Ketergantungan enam fungsi (Padila, 2013).

h. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Berisi oksigenasi, nutrisi, cairan dan elektrolit, gerakan, kebersihan individu, dan seksualitas.

i. Pengkajian kognitif dan mental

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

Berlandaskan Padila (2013) instrumen pengkajian sederhana (SPMSQ) yang di gunakan untuk menilai fungsi intelektual mental dari lansia. Terdiri dari 10 pertanyaan yang berkaitan dengan intelektual lansia diisi dengan cara memberikan jawaban yang di ucapkan oleh lansia dan memberikan setiap pertanyaan nilai 1. Jika kesalahan 0-2 berarti fungsi intelektual lansia utuh, kesalahan 3-4 berarti lansia mengalami kerusakan intelektual ringan, kesalahan 5-7 berarti lansia mengalami kerusakan intelektual sedang, kesalahan 8-10 lansia mengalami kerusakan intelektual berat.

2) *Mini - Mental State Exam (MMSE)*

Berlandaskan Padila (2013) *mini mental state exam* (MMSE) adalah tes skrining yang paling umum digunakan untuk penilaian fungsi kognitif dan merupakan pemeriksaan mental mini yang cukup populer. MMSE digunakan sebagai alat untuk mendeteksi adanya gangguan kognitif pada seseorang/individu, mengevaluasi perjalanan suatu penyakit yang berhubungan dengan proses penurunan kognitif dan memonitor respon terhadap pengobatan.

3) *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Berlandaskan Padila (2013) pengukuran tingkat depresi pada lansia menggunakan skala depresi geriatrik/*Geriatric Depression Scale (GDS)* nilai satu poin untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya atau tidak dan respon yang tidak sesuai diberi nilai nol. Poin-poin tersebut dijumlahkan untuk mengetahui skor total, sehingga jumlah skor total 15 dengan minimal 0.

Kemudian dengan, mengetahui skor total ditentukan tingkat depresi dengan kriteria : Skor 5-9 : kemungkinan depresi, Skor 10 atau lebih : depresi.

j. Tinjauan sistem (pemeriksaan fisik)

Proses pemeriksaan tubuh dan fungsinya dari ujung rambut sampai ujung kaki dikenal dengan pemeriksaan fisik. Inspeksi (melihat), auskultasi (mendengar), palpasi (menyentuh), dan perkusi (mengetuk) biasanya digunakan dalam pemeriksaan fisik.

k. Data penunjang

Diperoleh dari hasil laboratorium, USG, CT-Scan, EKG, dan lain-lain.

2. Diagnosis keperawatan

Menurut PPNI (2016) Suatu langkah dalam proses keperawatan yang menjelaskan pengkajian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial disebut diagnosis keperawatan. Melalui respons klien, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan, diagnosis keperawatan bertujuan untuk menganalisis dan mengidentifikasi masalah keperawatan. Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis fisiologis yang merupakan adanya keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

D. Konsep intervensi

Semua perawatan yang diberikan oleh perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan merupakan intervensi keperawatan. Sementara itu, kegiatan keperawatan merupakan cara-cara yang eksplisit dalam berperilaku atau latihan yang dilakukan oleh tenaga medis untuk melaksanakan mediasi keperawatan (PPNI, 2018). Dengan menggunakan Standar Intervensi

Keperawatan Indonesia (SIKI), berikut rencana asuhan keperawatan gerontik untuk pasien pasca stroke disajikan pada tabel 1.

Tabel 1
Rencana asuhan keperawatan gerontik untuk pasien pasca stroke

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1	2	3
Gangguan mobilitas fisik (D.0054) Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebab a) Kerusakan integritas struktur tulang b) Perubahan metabolisme c) Ketidakbugaran fisik d) Penurunan kendali otot e) Penurunan massa otot f) Penurunan kekuatan otot g) Keterlambatan perkembangan h) Kekakuan sendi i) Kontraktur j) Malnutrisi k) Gangguan muskuloskeletal l) Gangguan neuromuskular m) Indeks massa tubuh diatas persentil ke 75 sesuai usia n) Efek agen farmakologis o) Program pembatasan gerak p) Nyeri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 30 menit maka mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Nyeri menurun (5) 5. Kecemasan menurun (5) 6. Kaku sendi menurun (5) 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun (5) 8. Gerakan terbatas menurun (5) 9. Kelemahan fisik menurun (5)	Intervensi utama : Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

1	2	3
q) Kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik r) Kecemasan s) Gangguan kognitif t) Gangguan sensoripersepsi Gejala dan tanda a. Mayor 1) Subjektif a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2) Objektif a) Kekuatan otot menurun b) Rentang gerak (ROM) menurun b. Minor 1) Subjektif a) Nyeri saat bergerak b) Enggan melakukan pergerakan c) Merasa cemas saat bergerak 2) Objektif a) Sendi kaku b) Gerakan tidak terkoordinasi c) Gerakan terbatas d) Fisik lemah		Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, tidur ke kursi) Intervensi pendukung : Teknik latihan penguatan otot (I.05184) Observasi 2. Identifikasi risiko latihan 3. Identifikasi tingkat kebugaran otot dengan menggunakan lapangan lathan atau laboratorium tes (mis angkat maksimum, jumlah daftar per unit waktu) 4. Identifikasi jenis dan durasi aktivitas pemanasan/pendinginan 5. Monitor efektifitas latihan Terapeutik 6. Lakukan latihan sesuai program yang ditentukan 7. Fasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realists datam menentukan rencana latihan 8. Fasilitasi mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan di lingkungan

1	2	3
		9. rumah/tempat kerja 10. Fasilitasi mengembangkan program latihan yang kebugaran otot, kendala 11. fungsional kesehatan, sumber daya peralatan olahraga, dan dukungan sosial 12. Fasilitasi mengubah program atau mengembangkan strategi lain untuk mencegahnya bosan sesuai dengan tingkat kebugaran otot, kendala fungsional kesehatan, sumber daya peralatan olahraga, dan dukungan sosial 13. Fasilitasi mengubah program atau mengembangkan strategi lain untuk mencegahnya bosan dan putus latihan Benkan instruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot Edukasi 14. Jelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakannya otot 15. Ajarkan tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah sesi latihan (mis kelemahan, kelelahan ekstrem, angina, palpitas)

1	2	3
		16. Anjurkan menghindari latihan selama suhu ekstrem Tetapkan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi memfasilitas Kolaborasi 17. Tetapkan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi, memfasilitasi pemecahan 18. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (mis. terapis aktivitas, ahli fisiologi olahraga, terapis okupasi, terapis rekreasi, terapis fisik) dalam perencanaan, pengajaran, dan memonitor program latihan otot

4. Implementasi keperawatan

Proses pelaksanaannya implementasi keperawatan harus difokuskan terhadap kebutuhan klien (Dinarti and Y. Mulyanti, 2017). Ada tiga macam pelaksanaan keperawatan, khususnya: pelaksanaan mandiri (pelaksanaan dimulai oleh perawat sendiri untuk membantu pasien dalam mengalahkan kekhawatiran mereka tergantung pada situasi), pelaksanaan bergantung / kooperatif (kegiatan keperawatan berdasarkan partisipasi dengan kelompok keperawatan individu atau dengan lainnya kelompok kesejahteraan) dan eksekusi lingkungan (kegiatan keperawatan berdasarkan referensi dari pemanggilan yang berbeda).

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Dinarti and Y. Mulyanti (2017) Tahap akhir dari pengembangan proses keperawatan adalah evaluasi keperawatan yang digunakan untuk menentukan apakah kegiatan keperawatan yang dilakukan berhasil atau memerlukan pendekatan yang berbeda. Dua jenis evaluasi yang digunakan dalam asuhan keperawatan adalah evaluasi sumatif observasi dan analisis status kesehatan sesuai tujuan dan penilaian formatif tindakan sistem keperawatan dan hasil pelayanan asuhan keperawatan. (Adinda, 2019)