

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Pengertian Lansia

Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok individu yang berusia 60 tahun ke atas yang mengalami perubahan akibat proses penuaan pada aspek biologis, psikologis, dan sosial. Kondisi tersebut berdampak pada penurunan fungsi tubuh serta meningkatnya risiko terjadinya berbagai gangguan kesehatan. Proses penuaan berlangsung secara alami, bertahap, dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan manusia (Raudhoh & Pramudiani, 2021).

2. Klasifikasi Lansia

Menurut Pangribowo (2022), Lansia dapat diklasifikasikan berdasarkan usia menjadi:

- a. Pra-lansia: usia 45-59 tahun
- b. Lansia muda (*young old*): usia 60-69 tahun
- c. Lansia madya (*middle old*): usia 70-79 tahun
- d. Lansia tua (*old old*): usia ≥ 80 tahun

3. Perubahan pada Lansia

- a. Perubahan biologis (fisik)

Lansia mengalami penurunan fungsi organ secara bertahap akibat proses penuaan, seperti penurunan massa otot, elastisitas pembuluh darah, fungsi paru, serta penurunan kekuatan tulang dan sendi. Kondisi ini menyebabkan lansia lebih rentan terhadap penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, dan *stroke* (Hanafi & Laili, 2025).

b. Perubahan psikologis

Perubahan psikologis pada lansia meliputi penurunan daya ingat, kecepatan berpikir, serta meningkatnya risiko gangguan emosional seperti depresi, kecemasan, dan perasaan kesepian akibat perubahan peran sosial dan kehilangan pasangan (Nurmayunita et al., 2022).

c. Perubahan sosial

Lansia sering mengalami perubahan peran sosial, seperti pensiun, berkurangnya aktivitas sosial, dan meningkatnya ketergantungan pada keluarga. Perubahan ini dapat memengaruhi kualitas hidup dan kesejahteraan lansia (Meilasari et al., 2024).

d. Perubahan spiritual

Pada masa lansia, individu cenderung mengalami peningkatan kebutuhan spiritual sebagai mekanisme koping dalam menghadapi penurunan fungsi fisik dan psikologis serta mendekati akhir kehidupan (Setyarini et al., 2025).

4. Masalah Kesehatan yang Sering Terjadi pada Lansia

a. Penyakit degeneratif pada lansia

Penyakit degeneratif adalah penyakit yang berkembang seiring bertambahnya usia akibat penurunan fungsi organ tubuh. Pada lansia hal ini sangat umum ditemukan, antara lain *stroke*, hipertensi, dan diabetes melitus (Mighra & Djaali, 2019).

b. Ketergantungan aktivitas sehari-hari (ADL) pada lansia

Ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari (ADL) menunjukkan kondisi ketika lansia mengalami keterbatasan dalam melakukan kegiatan dasar secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan berpindah tempat, yang mencerminkan

penurunan fungsi fisik serta berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia (Purba et al., 2022).

B. Konsep *Stroke*

1. Pengertian

Stroke adalah keadaan gawat darurat medis yang disebabkan oleh terhambatnya aliran darah ke jaringan otak, baik akibat sumbatan pembuluh darah (*stroke* iskemik) maupun karena pecahnya pembuluh darah yang menimbulkan perdarahan (*stroke* hemoragik) (WHO, 2025).

2. Klasifikasi

Stroke diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu *stroke* iskemik, *stroke* hemoragik, dan *Transient Ischemic Attack* (TIA) (Lidia et al., 2016).

a. *Stroke iskemik*

Stroke iskemik terjadi ketika penyempitan atau kerusakan pembuluh darah akibat aterosklerosis menyebabkan terbentuknya trombus yang menghalangi aliran darah ke jaringan otak (Zendrato & Barus, 2021).

b. *Stroke hemoragik*

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah yang disebabkan oleh aterosklerosis atau tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol (Setiawan, 2021).

c. *Transient ischemic attack* (TIA)

Transient Ischemic Attack (TIA) adalah gangguan neurologis sementara akibat penurunan aliran darah ke otak yang berlangsung kurang dari 24 jam dan sering disebut sebagai *stroke* ringan (Akuba et al., 2024).

3. Penyebab dan Faktor Risiko

Penyebab utama *stroke* berkaitan dengan gangguan pembuluh darah otak (Sumakul et al., 2024). Menurut (Zendrato & Barus, 2021), faktor risiko dibedakan menjadi faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan dapat dimodifikasi.

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

- 1) Usia lanjut
- 2) Jenis kelamin
- 3) Keturunan/genetik
- 4) Riwayat *stroke* sebelumnya

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

- 1) Hipertensi
- 2) Diabetes melitus
- 3) Dislipidemia (kolesterol tinggi)
- 4) Merokok
- 5) Obesitas
- 6) Kurang aktivitas fisik

4. Tanda dan Gejala

Stroke umumnya ditandai oleh munculnya gejala neurologis secara mendadak akibat gangguan aliran darah ke otak. Gejala yang muncul bergantung pada lokasi dan luas area otak yang terkena (Coupland et al., 2017), yang meliputi:

a. Gangguan motorik

Gangguan motorik pada pasien *stroke* dapat ditandai dengan kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegia), penurunan

kekuatan otot pada wajah, lengan, maupun tungkai, serta kesulitan berjalan yang disertai gangguan keseimbangan (Widiyono et al., 2023).

b. Gangguan bicara dan bahasa

Gangguan bicara dan bahasa pada pasien *stroke* dapat ditandai dengan bicara pelo (disartria), kesulitan dalam berbicara maupun memahami pembicaraan (afasia), serta ketidakmampuan menyebutkan atau merangkai kata dengan tepat (Latifah et al., 2023).

c. Gangguan kesadaran

Gangguan kesadaran pada pasien *stroke* dapat ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran serta munculnya kebingungan secara mendadak (Rahayu et al., 2023).

d. Gangguan penglihatan

Gangguan penglihatan pada pasien *stroke* dapat ditandai dengan penglihatan kabur atau ganda, serta kehilangan penglihatan pada satu atau kedua mata yang terjadi secara tiba-tiba (Zendrato & Barus, 2021).

e. Nyeri kepala hebat mendadak

Nyeri kepala hebat yang muncul secara tiba-tiba tanpa penyebab yang jelas merupakan salah satu tanda *stroke*, dan kondisi ini lebih sering ditemukan pada *stroke* hemoragik (Rakhma et al., 2018).

5. Dampak *Stroke* pada Lansia

a. Disabilitas

Stroke sering menyebabkan disabilitas jangka panjang pada lansia akibat kerusakan jaringan otak, sehingga memengaruhi kemampuan fungsional dan kemandirian (Ishii et al., 2016).

b. Gangguan fungsi motorik

Gangguan fungsi motorik pada pasien *stroke* ditandai dengan adanya hemiparesis atau hemiplegi yang menyebabkan keterbatasan pergerakan ekstremitas, penurunan kekuatan otot, serta gangguan keseimbangan. Hemiparesis merupakan kondisi kelemahan sebagian pada satu sisi tubuh yang masih memungkinkan terjadinya pergerakan, sedangkan hemiplegi adalah kelumpuhan total pada satu sisi tubuh yang mengakibatkan hilangnya kemampuan gerak secara sadar (Widiyono et al., 2023).

c. Gangguan aktivitas sehari-hari

Gangguan aktivitas sehari-hari pada lansia *pasca stroke* terjadi akibat keterbatasan fungsi motorik dan keseimbangan, sehingga menyebabkan ketergantungan dalam melakukan perawatan diri, terutama saat mandi, dan memerlukan bantuan serta penggunaan alat bantu yang aman (Fujita et al., 2023).

6. Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

Menurut (Irawan et al., 2025), pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada penyakit *stroke* adalah:

a. Angiografi serebral

Membantu menemukan penyebab *stroke* secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteria atau adanya titik aklusi atau ruptur.

b. CT scan

Pemeriksaan ini merupakan metode yang paling sering digunakan dalam evaluasi pasien dengan *stroke* akut. Selain itu, pemeriksaan ini bermanfaat untuk menentukan distribusi anatomi lesi *stroke* serta menyingkirkan kemungkinan

adanya kondisi lain dengan gejala yang menyerupai *stroke*, seperti hematoma, neoplasma, dan abses.

c. Fungsi lumbal

Pemeriksaan ini menunjukkan tekanan normal pada kondisi normal, dan biasanya dapat mendeteksi adanya trombosis, emboli serebral, atau TIA (*Transient Ischemic Attack*) maupun serangan iskemia otak sementara. Tekanan yang meningkat dan adanya darah dalam cairan serebrospinal menandakan perdarahan subaraknoid atau perdarahan intrakranial. Selain itu, kadar protein total cenderung meningkat pada kasus trombosis akibat proses inflamasi yang terjadi.

d. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI memanfaatkan gelombang radio dan medan magnet yang kuat untuk menghasilkan gambaran otak secara detail. Pemeriksaan ini mampu mendeteksi kerusakan jaringan otak akibat *stroke* iskemik maupun perdarahan. Selain itu, dokter dapat menyuntikkan zat kontras ke dalam pembuluh darah untuk memperlihatkan arteri, vena, dan aliran darah dengan lebih jelas.

e. *Ultrasonografi Doppler*

Ultrasonografi Doppler adalah pemeriksaan yang menggunakan gelombang suara untuk menilai aliran darah di dalam pembuluh darah, termasuk arteri dan vena. Pada pasien *stroke*, pemeriksaan ini dapat membantu mengidentifikasi penyempitan, oklusi, atau kelainan pada pembuluh darah serebral yang dapat memengaruhi aliran darah ke otak.

f. EEG (*Electroencephalography*)

Mengidentifikasi penyakit didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

g. Sinar X

Sinar X adalah pemeriksaan radiologi yang menggunakan radiasi elektromagnetik untuk menghasilkan gambaran struktur tulang dan jaringan padat dalam tubuh. Pada pasien *stroke*, sinar X dapat digunakan untuk menilai perubahan struktural di tengkorak atau untuk membantu mendeteksi kelainan pembuluh darah besar yang mungkin terkait dengan *stroke*.

7. Penatalaksanaan Medis

Stroke dapat dilakukan pengobatan dengan cara (Padila, 2019):

a. Konservatif

Pengobatan konservatif pada pasien *stroke* bertujuan untuk menstabilkan kondisi klinis, mencegah komplikasi, dan mendukung pemulihan.

- 1) Pemenuhan cairan dan elektrolit melalui pemasangan infus untuk menjaga homeostasis tubuh
- 2) Pencegahan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dengan penggunaan obat-obatan seperti antihipertensi, diuretik, vasodilator perifer, antikoagulan, diazepam jika terjadi kejang, serta obat anti tukak seperti cimetidine. Kortikosteroid umumnya tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan risiko infeksi, hiperglikemia, dan perdarahan lambung. Manitol digunakan untuk mengurangi edema otak.

Rincian obat-obatan spesifik:

- a) Diuretik digunakan untuk menurunkan edema serebral yang biasanya mencapai puncaknya 3–5 hari setelah infark serebral
- b) Antikoagulan diberikan untuk mencegah terjadinya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskular

c) Antitrombotik diberikan karena trombosit berperan penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi

b. Operatif

Jika upaya untuk menurunkan tekanan intrakranial (TIK) tidak berhasil, tindakan operatif perlu dipertimbangkan, seperti evakuasi hematoma. Hal ini dikarenakan hipertensi intrakranial yang terus-menerus dapat mengancam keselamatan pasien.

c. Pada Fase Sub Akut/Pemulihan

Pada fase sub akut atau pemulihan (lebih dari 10 hari *pasca stroke*), intervensi yang diperlukan meliputi terapi wicara untuk memulihkan kemampuan komunikasi, terapi fisik untuk meningkatkan kekuatan dan mobilitas otot, serta penggunaan stoking anti-emboli untuk mencegah terjadinya trombotik vena dalam.

8. Komplikasi

Stroke merupakan penyakit yang memiliki risiko tinggi terhadap terjadinya komplikasi medis. Kerusakan jaringan pada sistem saraf pusat yang muncul sejak fase awal *stroke* sering disertai dengan gangguan fungsi kognitif, penurunan kemampuan fungsional, serta defisit sensorik. Umumnya, pasien *pasca stroke* juga memiliki kondisi komorbid yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi medis sistemik selama proses pemulihan. Komplikasi medis paling sering muncul pada beberapa minggu pertama setelah serangan *stroke*, sehingga upaya pencegahan, deteksi dini, dan penatalaksanaan komplikasi *pasca stroke* menjadi sangat penting. Komplikasi tersebut dapat terjadi sebagai dampak langsung dari *stroke*, akibat imobilisasi, maupun sebagai konsekuensi dari perawatan yang dijalani pasien. Keberadaan komplikasi ini berpengaruh signifikan terhadap luaran

pasien, karena dapat menghambat pemulihan neurologis serta memperpanjang lama rawat inap di rumah sakit. Komplikasi yang sering ditemukan pada pasien *stroke* meliputi gangguan jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri *pasca stroke*, disfagia, inkontinensia, dan depresi (Mutiarasari, 2019).

C. Konsep Dasar Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2017).

2. Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik adalah kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori-persepsi (PPNI, 2017).

3. Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik

Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik yaitu (PPNI, 2017):

- a. Tanda dan gejala mayor
 - 1) Subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - 2) Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- b. Tanda dan gejala minor

- 1) Subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak
- 2) Objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah

4. Kondisi Klinis Terkait

Kondisi klinis terkait yang berkaitan dengan diagnosis gangguan mobilitas fisik yaitu (PPNI, 2017):

- a. *Stroke*
- b. Cedera medula spinalis
- c. Trauma
- d. Fraktur
- e. *Osteoarthritis*
- f. Osteomalasia
- g. Keganasan

D. Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

Identitas pasien yang dikaji meliputi nama, alamat, usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering muncul pada pasien *pasca stroke* adalah sulit untuk menggerakkan ekstremitas sehingga mengalami kesulitan berjalan, berdiri, dan melakukan aktivitas sehari-hari, terutama mandi, sehingga membutuhkan bantuan orang lain.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien *pasca stroke*, yang biasanya sering terjadi yaitu penurunan kekuatan ekstremitas, gangguan keseimbangan, serta keterbatasan kemampuan bergerak. Kondisi tersebut mengakibatkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, terutama dalam aktivitas mandi, karena ketidakmampuan mempertahankan postur tubuh yang stabil dan adanya risiko jatuh.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pada pasien *pasca stroke*, biasanya terdapat riwayat penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes melitus, atau penyakit jantung yang dapat memperberat kondisi *stroke* dan memengaruhi kemampuan mobilitas.

e. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keluarga dengan hipertensi dan diabetes melitus perlu diperhatikan karena kondisi tersebut dapat berhubungan dengan munculnya penyakit penyerta yang berpotensi mempercepat perkembangan dan memperberat perjalanan penyakit.

f. Pemeriksaan fisik

Pendekatan B1–B6 merupakan metode pemeriksaan fisik yang dilakukan secara sistematis untuk memperoleh gambaran kondisi pasien secara menyeluruh. Pemeriksaan ini mencakup penilaian fungsi pernapasan, sirkulasi, neurologis, eliminasi, serta sistem muskuloskeletal. Pada pasien *stroke*, pengkajian difokuskan terutama pada aspek neurologis dan muskuloskeletal karena berkaitan langsung dengan gangguan mobilitas fisik dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari.

g. Keadaan umum

Pengkajian keadaan umum bertujuan untuk menilai kondisi fisik pasien secara keseluruhan pada saat dilakukan pengkajian. Penilaian ini meliputi penampilan umum pasien, tingkat kesadaran, sikap tubuh, kemampuan bergerak, serta respon pasien terhadap lingkungan. Pada pasien *stroke*, keadaan umum sering menunjukkan kondisi lemah, keterbatasan mobilitas, dan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari.

h. Tingkat kesadaran

Pengkajian tingkat kesadaran dilakukan untuk menilai kemampuan pasien dalam mengenali diri, lingkungan, serta merespons rangsangan secara adekuat. Penilaian ini meliputi kondisi sadar penuh hingga penurunan kesadaran, seperti apatis, somnolen, stupor, atau koma. Pada pasien *stroke*, pengkajian tingkat kesadaran sangat penting karena perubahan perfusi otak dapat memengaruhi fungsi neurologis.

i. Pemeriksaan fungsi serebral

Pemeriksaan fungsi serebral bertujuan untuk menilai integritas dan fungsi otak serta sistem saraf pusat pasien. Pengkajian ini meliputi tingkat kesadaran, fungsi kognitif, kemampuan bicara dan bahasa, fungsi motorik dan sensorik, refleks, serta koordinasi dan keseimbangan tubuh. Pada pasien *stroke*, pemeriksaan fungsi serebral difokuskan untuk mengidentifikasi adanya defisit neurologis seperti kelemahan atau kelumpuhan ekstremitas, gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, afasia, atau penurunan kemampuan sensori.

j. Pola persepsi

Pengkajian pola persepsi pada pasien *stroke* lebih difokuskan pada kemampuan menerima dan menginterpretasikan rangsangan, seperti adanya gangguan penglihatan, penurunan sensasi, gangguan persepsi ruang, atau gangguan kognitif ringan hingga sedang.

k. Pola aktivitas

Pengkajian pola aktivitas bertujuan untuk menilai kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, termasuk aktivitas perawatan diri dan mobilitas. Pada pasien *stroke*, pola aktivitas sering mengalami gangguan akibat kelemahan ekstremitas, penurunan kekuatan otot, gangguan keseimbangan, dan koordinasi gerak. Kondisi tersebut menyebabkan pasien mengalami keterbatasan atau ketergantungan dalam melakukan aktivitas secara mandiri, sehingga memerlukan bantuan orang lain atau penggunaan alat bantu.

l. Pola nutrisi

Pengkajian pola nutrisi bertujuan untuk menilai kecukupan asupan makanan dan cairan pasien serta kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sehari-hari. Pada pasien *stroke*, gangguan pola nutrisi dapat terjadi akibat penurunan kesadaran, gangguan menelan (*disfagia*), kelemahan otot, atau keterbatasan mobilitas yang menyebabkan pasien memerlukan bantuan saat makan. Selain itu, kondisi komorbid seperti diabetes melitus atau hipertensi juga memengaruhi pengaturan diet pasien.

m. Pola tidur

Pada pasien *stroke*, gangguan pola tidur dapat terjadi akibat ketidaknyamanan fisik, nyeri, keterbatasan mobilitas, perubahan lingkungan, maupun kecemasan terhadap kondisi kesehatan yang dialami.

n. Pola kognitif dan mental

Pengkajian status kognitif dan mental menggunakan instrument sebagai berikut:

1) *Short Portable Mental Questionnaire* (SPMSQ)

SPMSQ merupakan alat pengkajian yang sederhana dan praktis untuk menilai fungsi intelektual dan status mental pada lansia. Instrumen ini terdiri dari 10 pertanyaan orientasi, seperti tanggal saat ini, hari, dan nama tempat, yang berkaitan dengan kemampuan intelektual lansia. Penilaian dilakukan berdasarkan jawaban yang diungkapkan oleh lansia, dengan setiap jawaban benar diberi skor 1. Interpretasi hasil dilakukan berdasarkan jumlah kesalahan, yaitu 0–2 kesalahan menunjukkan fungsi intelektual utuh, 3–4 kesalahan menunjukkan kerusakan intelektual ringan, 5–7 kesalahan menunjukkan kerusakan intelektual sedang, dan 8–10 kesalahan menunjukkan kerusakan intelektual berat.

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

Mini Mental State Examination (MMSE) merupakan alat skrining yang digunakan untuk menilai fungsi kognitif serta mengidentifikasi adanya gangguan kognitif pada individu. Instrumen ini juga berfungsi untuk mengevaluasi perkembangan penyakit yang berkaitan dengan penurunan fungsi kognitif serta memantau respons individu terhadap terapi atau pengobatan yang diberikan.

3) *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Penilaian tingkat depresi pada lansia dilakukan menggunakan *Geriatric Depression Scale (GDS)*. Setiap respons yang sesuai dengan pilihan jawaban “ya” atau “tidak” diberikan skor 1, sedangkan respons yang tidak sesuai diberi skor 0. Seluruh skor kemudian dijumlahkan untuk memperoleh nilai total, dengan skor maksimum 15 dan skor minimum 0. Berdasarkan skor total tersebut, tingkat depresi ditentukan dengan kriteria skor 5–9 menunjukkan kemungkinan depresi, sedangkan skor 10 atau lebih mengindikasikan adanya depresi.

o. Pola persepsi dan konsep diri

Pola ini menggambarkan cara individu memandang dan menilai dirinya sendiri, termasuk persepsi terhadap kemampuan dalam memahami konsep diri. Konsep tersebut mencakup aspek citra diri, harga diri, peran, serta identitas individu.

p. Pola mekanisme koping

Pengkajian pola mekanisme koping bertujuan untuk menilai kemampuan dalam menghadapi stres. Pada pasien *stroke*, mekanisme koping dapat dipengaruhi oleh perubahan fungsi fisik, keterbatasan aktivitas, dan ketergantungan terhadap orang lain.

q. Spiritual

Pada pasien *stroke*, aspek spiritual dapat menjadi sumber dukungan psikologis dalam menghadapi keterbatasan fisik dan perubahan peran.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami, baik yang bersifat potensial maupun aktual, atau

terhadap pengalaman hidup yang pernah atau sedang dijalani (PPNI, 2017). Penegakan diagnosis keperawatan dilakukan dengan memperhatikan 80% hingga 100% penyebab serta tanda dan gejala mayor untuk memastikan validitas diagnosis. Sementara itu, tanda dan gejala minor bersifat tambahan dan dapat mendukung penegakan diagnosis, tetapi keberadaannya tidak wajib. Terdapat tiga langkah yang terlibat dalam mengembangkan diagnosis keperawatan, yaitu sebagai berikut:

- a. Analisis data adalah pengelompokan dan perbandingan data dengan nilai standar
- b. Identifikasi masalah meliputi masalah aktual, potensi risiko, dan promosi kesehatan
- c. Perumusan diagnosis keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien *stroke* berdasarkan format penulisan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun (PPNI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan hasil penilaian klinis, dengan tujuan mencapai hasil yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan mencakup label, definisi, serta tindakan yang meliputi observasi, terapi, edukasi, dan kolaborasi (PPNI, 2018). Berikut rencana keperawatan yang disajikan pada tabel 1 di bawah ini.

Tabel 1
Rencana Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Bantuan Mandi pada Tn. H dan Tn. A yang Menderita *Stroke* dengan Alat *Uni Bath* di Panti Perawatan Khusus Lansia dan Disabilitas Asaka Koyouen

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
SDKI (D. D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan mengeluh menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun	SLKI (L. 05042) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka Mobilitas Fisik Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	SIKI (I.05173) Dukungan Mobilisasi 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 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

1	2	3
		<p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
		<p>Intervensi Pendukung SIKI (I.11352)</p>
		<p>Dukungan Perawatan Diri: Mandi</p>
		<p><i>Observasi</i></p>
		<p>1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</p>
		<p>2. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)</p>
		<p>3. Monitor integritas kulit</p>
		<p><i>Terapeutik</i></p>
		<p>1. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, <i>shampoo</i>, pelembab kulit)</p>
		<p>2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p>
		<p>3. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</p>
		<p>4. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</p>
		<p>5. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p>
		<p><i>Edukasi</i></p>

1	2	3
		1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan Intervensi Inovasi <i>Uni Bath (3x30 menit)</i>

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah langkah-langkah atau proses pelaksanaan yang dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan, disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien (PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Proses evaluasi meliputi analisis perbandingan antara tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan dengan perubahan yang terjadi pada pasien (hasil yang diamati). Penilaian keperawatan adalah rangkaian proses yang berlangsung secara berkelanjutan untuk menilai efektivitas rencana keperawatan, sekaligus menentukan apakah rencana tersebut perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan (Polopadang & Hidayah, 2019). Evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Evaluasi proses (formatif)
 - 1) Penilaian dilaksanakan setelah setiap langkah dilakukan
 - 2) Berfokus pada penyebab-penyebab
 - 3) Dikerjakan secara terus-menerus hingga mencapai tujuan yang telah ditentukan
- b. Evaluasi hasil (sumatif)

- 1) Penilaian dilakukan setelah menyelesaikan tugas keperawatan secara keseluruhan
- 2) Berkonsentrasi pada masalah keperawatan
- 3) Menjelaskan kemenangan atau kekalahan
- 4) Rekapitulasi dan evaluasi keadaan pasien dalam waktu yang terjadwal

E. Konsep Alat Bantu Mandi *Uni Bath* pada Pasien *Stroke* dengan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengertian *Uni Bath*

Uni Bath merupakan alat bantu mandi berbentuk unit terpadu yang dirancang untuk mendukung pelaksanaan aktivitas perawatan diri pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik khususnya mandi. Pengguna kursi roda maupun lansia yang sulit berdiri atau menaiki tangga tetap dapat mandi dengan posisi duduk secara aman (Sakaimed, 2026).

2. Fungsi dan Kegunaan *Uni Bath*

Menurut Sakaimed (2026) *Uni Bath* memiliki beberapa fungsi dan kegunaan yaitu:

- a. Meningkatkan keselamatan pasien: mengurangi risiko jatuh atau cedera saat mandi
- b. Mempermudah perawatan diri: membantu pasien yang kesulitan berdiri atau bergerak, sehingga tetap dapat mandi secara mandiri atau dengan bantuan minimal
- c. Mendukung kenyamanan pasien: memastikan pasien tetap merasa nyaman dan tidak lelah selama mandi

- d. Memudahkan perawat: mempermudah perawat atau pengasuh dalam membantu pasien, sehingga tindakan perawatan lebih efisien
- e. Meningkatkan kualitas hidup: dengan mandi yang aman dan nyaman, pasien dapat mempertahankan kebersihan diri serta rasa percaya diri

3. Standar Operasional Prosedur (SOP) Menggunakan Alat *Uni Bath*

a. Tahap pra-interaksi

- 1) Menyalakan penghangat ruangan
- 2) Tekan tombol *yuhari kaishi* untuk mengisi alat *Uni Bath* dengan air panas ($\pm 42^{\circ}\text{C}$) hingga setengah penuh
- 3) Menyiapkan kelengkapan mandi pasien (sabun, *shampoo*, baju ganti pasien)

b. Tahap orientasi

- 1) Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri
- 2) Menjelaskan tujuan, mekanisme, prosedur yang akan dilakukan
- 3) Menyampaikan kontrak waktu
- 4) Menanyakan kesiapan pasien

c. Tahap kerja

- 1) Menjaga privasi pasien
- 2) Mencuci tangan
- 3) Menggunakan hand gloves
- 4) Memandikan pasien dengan duduk di kursi roda khusus mandi sebelum memasuki alat *Uni Bath*
- 5) Saat pasien hendak duduk pada alat *Uni Bath*, pastikan pegangan tangan (*handrail*) sudah terpasang
- 6) Pasang sabuk pengaman pada pasien

- 7) Tekan tombol *sagaru* untuk menurunkan pasien
 - 8) Tekan tombol *tashiyu* untuk menambahkan air panas hingga penuh
 - 9) Pasien berendam selama 3 menit
 - 10) Setelah 3 menit, tekan tombol *hanbun nokosu* untuk membuang air dan menyisakan setengah penuh (untuk pasien selanjutnya)
 - 11) Tekan tombol *agaru* untuk menaikkan pasien
 - 12) Bantu pasien untuk turun dari alat *Uni Bath*
- d. Tahap terminasi
- 1) Beritahu bahwa tindakan sudah selesai
 - 2) Evaluasi perasaan pasien, simpulkan hasil kegiatan, beri umpan balik
 - 3) Rapikan alat
 - 4) Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya
 - 5) Salam penutup
- e. Dokumentasi
- 1) Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

F. Kebutuhan Kebersihan Diri Mandi

Kebutuhan kebersihan diri merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang termasuk dalam aktivitas perawatan diri. Mandi adalah bagian dari kebersihan diri yang bertujuan untuk membersihkan tubuh dari kotoran, keringat, dan mikroorganisme, serta menjaga kesehatan kulit dan meningkatkan kenyamanan individu. Pemenuhan kebutuhan mandi memiliki peran penting dalam mempertahankan integritas kulit, mencegah infeksi, dan meningkatkan kesejahteraan fisik maupun psikologis. Pada individu dengan kondisi kesehatan tertentu, seperti lansia, pasien *pasca stroke*, atau pasien dengan keterbatasan

mobilitas, kemampuan untuk mandi secara mandiri sering mengalami penurunan. Keterbatasan fungsi motorik, gangguan keseimbangan, serta penurunan kekuatan otot menyebabkan individu membutuhkan bantuan perawat atau penggunaan alat bantu dalam memenuhi kebutuhan mandi secara aman dan efektif. Oleh karena itu, intervensi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan kebersihan diri harus disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan pasien (Fahrudin et al., 2025).