

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN PASCA
STROKE KATZ INDEK E DI KAMPUNG PICUNG RT 04 RW
10 DESA KRESEK KECAMATAN CIBATU KABUPATEN
GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk memenuhi Salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

SANIA ARTYANDI CAHYA
NIM :KHGA 20125



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN
PASCA STROKE KATZ INDEK E DI KAMPUNG PICUNG
RT 04 RW 10 DESA KRESEK KECAMATAN CIBATU
KABUPATEN GARUT
Penulis : SANIA ARTYANDI CAHYA
NIM : KHGA20125

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,
Pembimbing



Elang M Atoilah S.Sos., M.Kes

LEMBAR PERGESAHAN

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN PASCA STROKE KATZ INDEK E DI KAMPUNG PICUNG RT 04 RW 10 DESA KRESEK KECAMATAN CIBATU KABUPATEN GARUT
Penulis : SANIA ARTYANDI CAHYA
NIM : KHGA20125

Garut, Juli 2023

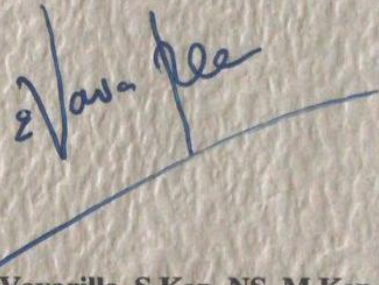
Menyetujui

Penguji 1



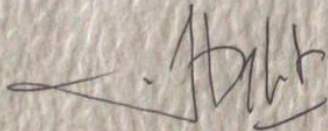
H. Zahara Farhan, S.Kep.,NS.,M.Kep

Penguji 2



Edelssa Vavarilla, S.Kep.,NS.,M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi D3 Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, S.Kp.,M.Kep

Mengesahkan
Pembimbing



Elang M. Atoilah, S.sos., M.Kes

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN PASCA STROKE KATZ INDEK E DI KAMPUNG PICUNG RT 04 RW 10 DESA KRESEK KECAMATAN CIBATU KABUPATEN GARUT

Oleh : Sania Artyandi Cahya, KHGA20125

IV BAB, Halaman 107 , Tabel 25, Lampiran 4

Prevalensi penderita stroke di Indonesia diperkirakan 10,9 %, Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga di dunia dan penyebab utama kecacatan fisik pada usia produktif dan usia lanjut. Di Puskesmas Cibatu penyakit stroke menduduki peringkat ke 6. Stroke merupakan kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba, yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak atau stroke iskemik dan pecahnya pembuluh darah ke otak atau stroke hemoragik. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam menerapkan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif melalui aspek bio,psiko,sosial,dan spiritual pada klien dengan pasca stroke mulai pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode yang digunakan adalah deskriptif berupa metode kasus. Adapun masalah yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu gangguan mobilitas fisik, deficit pengetahuan dan resiko jatuh. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini difokuskan pada masalah keperawatan yang muncul pada Ny.Y melalui 4 prinsip intervensi yang meliputi tindakan mandiri,observasi,edukasi dan kolaborasi. Dalam melakukan asuhan keperawatan tersebut difokuskan dalam mengatasi penyebab dari gangguan persyarafan yang dialami. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. Y menunjukkan perkembangan dengan masalah keperawatan hanya dua yang teratasi yaitu deficit pengetahuan dan resiko jatuh dan yang teratasi sebagian adalah gangguan mobilitas fisik karena dalam melatih anggota tubuh memerlukan waktu yang cukup lama untuk pemulihan. Simpulan dalam karya tulis ilmiah ini adalah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya, banyak peran keluarga yang mendukung, bimbingan dari pembimbing akademik dan adanya setiap tahapan implementasi.

Daftar Pustaka : 26 buah (Tahun 2012-2021)

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke, Lansia

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam dapat tercurah limpahkan kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul karya tulis ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan pada Ny. Y dengan stroke katz indeks E di Kampung Cipicung RT 04 / RW 10 Desa Kresek Kec.Cibatu Kab.Garut“. karya tulis ilmiah ini disusun memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan, nasehat, dukungan dan bantuan yang bersifat moril maupun material yang sangat berharga sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada :

1. Dr. H. Hadiat MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Drs. H. Suryadi, M.Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. K. Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep., selaku ketua program studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
5. Elang M Atoilah, S.Sos., M.Kes selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ini banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh

kesabaran, kasih sayang, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.

6. H. Zahara Farhan, M.Kep selaku penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Edelssa Vava Rilla, M.Kep selaku penguji II dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
9. Kepada Bapak Maman SKM, S.Kep Ners selaku pembimbing dari Puskesmas Cibatu yang telah membantu dan memberikan Fasilitas selama melakukan praktek asuhan keperawatan gerontik.
10. Kepada Klien Ny.Y dan keluarga yang telah membantu dan bekerja sama dan memberikan informasi pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
11. Kepada Orang Tua tersayang Edi Suryadi dan Syari Komara Arty yang selalu menjadi sumber inspirasi dan penguat bagi penulis, serta selalu memberikan do'a dukungan materi, perhatian, kasih sayang dan motivasi yang tiada henti, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Kepada fahmi dan bilqis adik tersayang yang selalu memberikan semangat, dukungan dan do'a selama penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Teruntuk fatner special saya HadiNj terimakasih telah meluangkan waktu, membantu, mendukung, menemani saya dalam keadaan suka maupun

duka telah kita lalui dan memberikan semangat jangan menyerah untuk meraih apa yang menjadi impian penulis.

14. Untuk sahabat saya Septi, Sarah, Priska terimakasih selama 3 tahun ini selalu memberikan dukungan motivasi, suka duka, canda dan tawa kita telah lalui, banyak memberikan pengalaman selama ini, yang telah menemani proses ini hingga pada tahap akhir.
15. Teman seperjuangan kelas 3C prodi DIII Keperawatan yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan satu sama lain, solidaritasnya, semangat dan kerja samanya.
16. Dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah membeikan banyak memberikan bantuan, motivasi, dan dukungan selama menyusun karya tulis ilmiah ini.

Tidak ada imbalan yang dapat penulis berikan sebagai pengganti ketulusan dan kebajikan, hanyalah doa yang tulus, mudah-mudahan segala bantuan yang telah diberikan menjadi ibadah dan balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan dimasa yang akan datang.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan penulisan	6
C. Metode Telaahan	7
D. Sistematika penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep Dasar Lansia.....	9
1. Definisi Lanjut Usia	9
2. Batasan Lansia.....	10
3. Tipe Lansia	10
4. Proses Penuaan	12
5. Perubahan Fisiologis pada Lansia	13
B. Konsep Dasar Penyakit Stroke.....	15
1. Definisi Stroke.....	15
2. Klasifikasi Stroke	16
3. Etiologi stroke	17
4. Manifestasi Klinis	19
5. Patofisiologi.....	19
6. Pathway	21
7. Komplikasi	21
8. Pemeriksaan Penunjang.....	22

9. Penatalaksanaan.....	23
C. Konsep Asuhan Keperawatan	27
1. Pengkajian	27
2. Perencanaan.....	47
3. Implementasi Keperawatan	53
4. Evaluasi Keperawatan	53
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	54
A. Tinjauan Kasus.....	54
1. Pengkajian	54
2. Perencanaan keperawatan.....	75
3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	78
4. Catatan Perkembangan	80
B. Pembahasan.....	85
1. Tahap Pengkajian dan Diagnosa	86
2. Tahapan Perencanaan	89
3. Tahapan Implementasi Keperawatan	91
4. Tahapan Evaluasi	93
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	95
A. KESIMPULAN	95
B. REKOMENDASI.....	97
DAFTAR PUSTAKA	99

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Distribusi frekuensi 10 besar penyakit di wilayah kerja UPT Puskesmas Cibatu Tahun 2022	4
Tabel 2.1 Pengkajian Katz Indeks.....	37
Tabel 2.2 Bathel Indeks Pemeriksaan	39
Tabel 2.3 Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)	40
Tabel 2.4 Mini Mental Status Exam (MMSE).....	40
Tabel 2.5 Pengkajian keseimbangan	41
Tabel 2.6 Analisa Data	44
Tabel 2.7 Rencana Tindakan Keperawatan Defisit Nutrisi.....	47
Tabel 2.8 Rencana Tindakan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.....	48
Tabel 2.9 Rencana Tindakan Keperawatan Resiko Jatuh	49
Tabel 2.10 Rencana Tindakan keperawatan Gangguan komunikasi verbal.....	50
Tabel 2.11 Rencana Tindakan keperawatan Defisit Pengetahuan	51
Tabel 2.12 Rencana Tindakan keperawatan Defisit Perawatan Diri.....	52
Tabel 3 Pola kegiatan sehari-hari	62
Tabel 3.2 Katz Indeks	62
Tabel 3.3 Bathel Indeks Pemeriksaan	65
Tabel 3.4 Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)	66
Tabel 3.5 Mini Mental Status Exam (MMSE).....	67
Tabel 3.6 Pengkajian keseimbangan	68
Tabel 3.7 Analisa Data	70
Tabel 3.8 Perencanaan Keperawatan	75
Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi	78

Tabel 3.10 Catatan Perkembangan Hari ke-1	80
Tabel 3.11 Catatan Perkembangan Hari ke-2	82
Tabel 3.12 Catatan Perkembangan Hari ke-3	83

DAFTAR BAGAN

Bagan 2 : pathway.....	21
------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

1. Satuan Acara Penyuluhan
2. Leaflet
3. Daftar Riwayat Hidup
4. Format Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada lansia sejumlah perubahan kesehatan pada fisik, semakin terlihat sebagai akibat dari proses penuaan. Di antara perubahan-perubahan fisik yang paling rentan pada masa tua ini terlihat pada perubahan seperti rambut menjadi jarang dan beruban, kulit mengering dan mengerut, gigi hilang dan gusi menyusut, konfigurasi wajah berubah, tulang belakang menjadi bungkuk. Kekuatan dan ketangkasan fisik berkurang, tulang-tulang menjadi rapuh, mudah patah dan lambat untuk dapat diperbaiki kembali (Sumarni et al., 2021). Kondisi ini dapat menyebabkan peningkatan masalah penyakit degeneratif dan keluhan yang muncul sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia. Salah satu kelainan degeneratif yang sering terjadi adalah disebabkan gangguan aliran darah dan jantung yang dapat mengganggu oksigenasi otak. Akibatnya dapat terjadi kerusakan sel dan serabut syaraf yang dikenal dengan istilah stroke. Stroke yang menyerang lanjut usia menyebabkan ketergantungan lanjut usia meningkat dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik (Amelia et al., 2020).

Salah satunya masalah stroke di Indonesia menjadi semakin penting dan mendesak. Di Indonesia stroke menempati urutan ketiga setelah asma dan kanker. Kejadian stroke menurut American Heart Association (AHA) 2017 kejadian kematian karena stroke mencapai 23% dari jumlah penderita stroke.

Rata-rata setiap 4 menit terjadi kematian yang diakibatkan stroke (Hizkia & Sitorus, 2022)

Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga di dunia dan penyebab utama kecacatan fisik pada usia produktif dan usia lanjut. Stroke merupakan kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba, yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak atau stroke iskemik dan pecahnya pembuluh darah ke otak atau stroke hemoragik, Faktor risiko yang dapat menyebabkan stroke ada dua yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti hipertensi, merokok, dyslipidemia, diabetes mellitus, obesitas, alkohol dan atrial fibrillation (Mutiarasari, 2019). Berbagai faktor risiko ini selanjutnya akan mengakibatkan pengerasan pembuluh arteri (arteriosklerosis), sebagai pemicu stroke. Salah satu dampak yang terjadi pada pasien stroke adalah mengalami kelemahan di salah satu sisi tubuh yang terpengaruh stroke. Kelemahan ini bisa menimbulkan ketidakseimbangan dan kesulitan pada saat berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak (Pradesti & Indriyani, 2020).

World Stroke Organization (WSO) Lindsay et al., (2019), melaporkan bahwa ada lebih dari 13,7 juta orang yang terkena stroke setiap tahunnya. Tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal karena stroke. Pada penderita stroke 60,7% disebabkan oleh stroke non hemoragik, sedangkan 36,6% disebabkan oleh stroke hemoragik. Setiap tahunnya diperkirakan 500

ribu penduduk indonesia terkena serangan stroke (Rahmadani & Rustandi, 2019).

Hasil dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 prevalensi stroke di Indonesia sebesar 10,9%, prevalensi stroke meningkat seiring bertambahnya umur terlihat dari kasus tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan yaitu usia 75 tahun keatas sebesar 50,2% dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun sebesar 0,6%. Prevalensi stroke di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2018 meningkat dibandingkan pada tahun 2013. Pravalensi stroke pada tahun 2013 sebanyak 6,6% dan pada tahun 2018 naik menjadi 11,4%. Jawa Barat memiliki estimasi jumlah penderita stroke terbanyak berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan maupun diagnosis atau gejala yaitu sebanyak 238.001 orang (7,4%) dan 533.895 orang (16,6%).

Puskesmas merupakan sarana penyediaan upaya pelayanan kesehatan masyarakat yang mencakup pengendalian penyakit tidak menular (PTM) di Kabupaten Garut saat ini terdapat 67 puskesmas (Dinkes Garut,2021) puskesmas cibatu yang merupakan salah satu pusat kesehatan masyarakat dengan kapasitas pelayanan handal dan profesional yang berada di Kabupaten Garut. Berdasarkan catatan dan laporan dibawah ini adalah prevalensi jumlah penyakit yang diderita di Puskesmas Cibatu.

Tabel 1; Distribusi frekuensi 10 besar penyakit di wilayah kerja UPT Puskesmas Cibatu

No	Nama penyakit	Jumlah
1	Artritis	637
2	Ispa	616
3	Gastritis	518
4	Hipertensi	387
5	Diabetes Melitus	101
6	Stroke	30
7	Infeksi Saluran Kemih	40
8	Anemia	23
9	PPOK	14
10	Kanker	0

(Sumber : Data 2022 Puskesmas Cibatu)

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa penyakit stroke termasuk kedalam kriteria 10 besar penyakit dengan jumlah penderita sebanyak 30 jiwa di peringkat ke-6 pada tahun 2022 di UPT Puskesmas Cibatu.

Upaya yang dapat dilakukan untuk meminimalisir terjadinya peningkatan penyakit stroke perlu adanya langkah-langkah yang tepat, seperti mencakup Aspek promotif , aspek preventif, aspek kuratif . Menurut Irfan (2010) pasien dengan stroke akan mengalami banyak dampak gangguan-gangguan yang bersifat fungsional. Gejala stroke dapat bersifat fisik, psikologis, dan atau perilaku. Gejala fisik paling khas pasien stroke adalah hemiparalisis, kelemahan, hilangnya sensasi pada wajah, lengan atau tungkai di salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara dan atau memahami (tanpa gangguan pendengaran), kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan di satu sisi. Pada penderita stroke yang mengalami kelumpuhan maka pemenuhan kebutuhan mobilisasi akan terganggu karena terdapat gangguan pada kekuatan otot sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan mengalami gangguan komunikasi verbal, sangat perlu dilakukan latihan bicara disartria maupun afasia. Penanganan

stroke dapat dilakukan dengan terapi Speech Therapy sangat dibutuhkan mengingat bicara dan komunikasi merupakan faktor yang berpengaruh dalam interaksi sosial dan latihan *Range Of Motion* (ROM), Memberikan latihan ROM secara dini dapat menstimulasi peningkatan kekuatan otot, kerugian hemiparase bila tidak segera ditangani akan terjadi kecacatan permanen, penyakit stroke juga merupakan penyakit yang sangat mengancam kehidupan yang dapat menyebabkan kecacatan hingga kematian. Penyebabnya dapat dikategorikan menjadi penyebab yang dapat diubah dan tidak dapat diubah. Maka dengan pola yang dapat diubah (gaya hidup sehat yaitu tidak merokok) dapat mengurangi kejadian stroke. Oleh karena itu, bagi seorang perawat harus mengetahui tentang bagaimana perjalanan, penanganan dan dampak lebih lanjut dari Stroke.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis berpendapat bahwa stroke masih memerlukan berbagai penanganan komprehensif dan memerlukan keikutsertaan klien serta keluarga. Untuk itu penulis tertarik untuk mengetahui dan memahami lebih lanjut tentang penanganan terhadap klien dengan stroke dan melakukan asuhan keperawatan yang tertuang dalam bentuk karya tulis ilmiah yang berjudul ” Asuhan Keperawatan pada Ny. Y dengan stroke katz indeks E di Kampung Cipicung RT 04 / RW 10 Desa Kresek Kec.Cibatu Kab.Garut“

B. Tujuan penulisan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini memiliki dua tujuan :

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam menerapkan proses Asuhan keperawatan terhadap lansia dengan masalah Stroke katz indek E dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif melalui aspek bio,psiko,sosial,dan spiritual melalui pendekatan model keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan Pengkajian pada pasien Ny. Y dengan masalah stroke katz Indek E di Kampung Cipicung RT 04/ RW 10 Desa.Kresek Kec.Cibatu
- b. Penulis mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. Y dengan masalah stroke katz Indek E di Kampung Cipicung RT 04/ RW 10 Desa.Kresek Kec.Cibatu
- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada Ny. Y di Kampung Cipicung RT 04/ RW 10 Desa Kresek Kec.Cibatu
- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yang telah disusun pada Ny. Y dengan masalah stroke di Kampung Cipicung RT 04/ RW 10 Desa Kresek Kec.Cibatu
- e. Penulis mampu mengevaluasi seluruh proses asuhan keperawatan berdasarkan hasil tindakan yang dilakukan pada Ny. Y dengan stroke katz indek E di Kampung Cipicung RT 04/ RW 10 Desa

Kresek Kec.Cibatu

C. Metode Telaahan

Metode telaahan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah Ini adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dengan menerapkan Asuhan keperawatan melalui Pendekatan proses keperawatan pada lansia, Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Melakukan tanya jawab langsung dengan keluarga dan klien yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi klien yang bertujuan untuk memperoleh data masalah kesehatan dan masalah keperawatan serta untuk menjalin hubungan saling antar penulis dan klien.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan terhadap klien dengan cara melihat langsung kepada klien untuk memperoleh data yang objektif tentang masalah klien dengan stroke.

3. Pemeriksaan Fisik

Menyimpulkan data objektif tentang masalah stroke dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi dan juga pengkajian khusus pada lansia yaitu Katz Indeks, Barthel Ideks, Pengkajian Status Mental *Short Portable Mental Status Questioner (SPMSO)*, pengkajian aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan Aspek *MMSE (Mini Mental Status Exam)* dan pengkajian keseimbangan.

4. Studi Dokumentasi

Penulis memperoleh data yang didapatkan dari status klien dan anamnesa, wawancara secara langsung kepada klien melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan di Puskesmas Cibatu.

5. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah cara mendapatkan informasi dan teori-teori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus sebagai dasar acuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

D. Sistematika penulisan

Adapun sistem penulisan yang digunakan pada penyusunan kali tulis ini terdiri dari empat BAB yaitu sebagai berikut :

BAB I Merupakan pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulisan yang meliputi tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaah dan sistematika penulisan.

BAB II Merupakan tinjauan teoritis, yang berisi tentang konsep dasar lansia, konsep dasar penyakit stroke dan konsep asuhan keperawatan lansia dengan stroke.

BAB III Merupakan tinjauan kasus dan pembahasan, tinjauan kasus dan pembahasan tinjauan kasus membahas tentang proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata di lapangan, mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi sedangkan pembahasan berisi tentang kesenjangan-

kesenjangan yang ditemukan antara kasus yang nyata dengan teori yang ada.

Mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi.

BAB IV Merupakan bab terakhir yang memuat kesimpulan dan rekomendasi yang berisikan kesimpulan penulis setelah melakukan kegiatan asuhan keperawatan pada lansia dan rekomendasi untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Lansia merupakan suatu proses yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh beradaptasi dengan lingkungan dan mempertahankan keseimbangan tubuh terhadap kondisi stress fisiologis. Pada umumnya lansia ditandai dengan penurunan fungsi-fungsi biologis, psikologis, sosial dan ekonomi (Muhith 2016, dalam ahmad et al., 2021)

Lansia adalah seseorang yang berusia > 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati,2017).

Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya biasa dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai dari sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap yaitu masa anak,dewasa dan juga tua (Mawaddah 2020).

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

2. Batasan Lansia

a. Menurut WHO 2017

Kelompok lanjut usia dapat diklasifikasikan menjadi 4 golongan yaitu:

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

b. Menurut Depkes RI 2015

Departemen kesehatan republik Indonesia membagi lanjut usia menjadi sebagai berikut :

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

3. Tipe Lansia

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

a. Tipe optimis

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

b. Tipe konstruktif

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

c. Tipe ketergantungan

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

d. Tipe Defensif

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

e. Tipe militan dan serius

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

f. Tipe pemarah frustrasi

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

g. Tipe bermusuhan

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

h. Tipe putus asa membenci dan menyalahkan diri sendiri

Lanjut usia Ini bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri, tidak mempunyai ambisi, mengalami penurunan dan sosio- ekonomi , tidak dapat menyesuaikan diri. Lanjut usia tidak hanya mengalami kemarahan, tetapi juga depresi, memandang lanjut usia sebagai tidak berguna berguna.

4. Proses Penuaan

Proses Penuaan adalah proses dimana umur seseorang bertambah dan mengalami perubahan. Semakin bertambahnya umur maka fungsi organ juga mengalami penurunan. Banyak factor yang dapat mempengaruhi terjadinya penuaan yang dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu faktor genetik yang melibatkan perbaikan DNA, respon terhadap stres dan pertahanan terhadap antioksidan. Selanjutnya faktor lingkungan meliputi pemasukan kalori, berbagai macam penyakit dan stres dari luar, misalnya radiasi atau bahan-bahan kimiawi. Kedua faktor tersebut akan mempengaruhi aktivitas metabolisme sel yang menyebabkan stres oksidasi sehingga terjadinya kerusakan sel dan terjadinya proses penuaan (Sunaryo, et.al, 2016).

5. Perubahan Fisiologis pada Lansia

Menurut Azizah (2012) perubahan fisiologis pada lansia yaitu ;

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

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

2) Sistem Muskulokeletal

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

3) Sistem Pernafasan

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

4) Sistem Kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, vertikal kiri mengalami hipertrofit dan kemampuan peregangan jantung berkurang

karena perubahan pada jaringan ikat, konsumsi pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru.

5) Sistem Perkemihan

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

6) Sistem Produksi

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

b. Perubahan kognitif

Menurut Nugroho (2012) ada beberapa perubahan kognitif meliputi :

1) Memory (Daya ingat)

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

2) Intelegentia Quecient (IQ)

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

3) Perubahan Psikososial

Perubahan Psikososial meliputi pensiun, perubahan aspek kepribadian, perubahan dalam peran sosial di masyarakat, penurunan minat, penurunan fungsi dan potensial seksual.

B. Konsep Dasar Penyakit Stroke

1. Definisi Stroke

Menurut *WHO*, stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran darah otak. Stroke adalah gangguan fungsional otak lokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan atau sumbatan dengan tanda dan gejala sesuai dengan otak yang terkena; yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (*WHO, 2016*).

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak.

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Amin, 2015).

Berdasarkan dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan pada fungsi syaraf atau juga bisa dikatakan suatu keadaan dimana terjadinya gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan terjadinya kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara,

proses berpikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya yang berlangsung lebih dari 24 jam dengan gejala-gejala tertentu.

2. Klasifikasi Stroke

Menurut Yueniwati (2016) klasifikasi stroke diantaranya yaitu :

a. Stroke iskemik (Non Hemoragik)

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

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan di dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau perdarahan ke dalam ruang subarachnoid, yaitu

ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subarachnoid). Stroke hemoragik dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Sebagian dari lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subarachnoid adalah aneurisma sarkular dan malformasi arteriovena.

3. Etiologi stroke

Menurut Esti A (2020) Penyebab dari stroke antara lain :

a. Trombosis Serebral

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

b. Hemoragik (Perdarahan)

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

c. Hipoksia Umum

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

d. Hipoksia Setempat

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

Menurut Maria (2021) Faktor-faktor penyebab meningkatnya resiko stroke meliputi:

- 1) Faktor kesehatan yang meliputi: hipertensi, diabetes mellitus, kolesterol tinggi, obesitas, penyakit jantung seperti gagal jantung, penyakit jantung bawaan, infeksi jantung atau aritmia.
 - 2) Faktor Gaya Hidup yang meliputi : merokok, kurang olahraga atau aktivitas fisik, konsumsi obat-obatan terlarang, kecanduan alkohol.
 - 3) Jenis Stroke (Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik)
 - 4) Faktor lainnya, meliputi faktor keturunan dan bertambahnya usia
- e. Faktor resiko stroke yang dapat diubah yaitu Hipertensi, diabetes Melitus, merokok, atrial Fibrilasi, penyakit jantung lainnya, pasca stroke, dislipidemia, konsumsi alkohol.
- f. Faktor yang tidak dapat diubah yaitu umur, jenis kelamin, ras tertentu, genetik : Mempunyai Riwayat keluarga penyakit stroke.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Amin (2015) manifestasi klinis yang ada pada penderita Stroke yaitu mengalami kelemahan dan kelumpuhan, tiba-tiba hilang rasa kepekaan, bicara pelo atau cadel, gangguan bicara, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, penurunan kesadaran, proses kencing terganggu dan mengalami gangguan fungsi otak.

5. Patofisiologi

Faktor pencetus dari Stroke seperti hipertensi, dm, penyakit jantung dan beberapa faktor lain seperti merokok, stress, gaya hidup yang tidak baik dan beberapa faktor seperti obesitas dan kolestrol yang meningkat dalam darah dapat menyebabkan penimbunan lemak atau kolestrol yang meningkat dalam darah dikarenakan ada penimbunan tersebut, pembuluh darah menjadi infark dan iskemik. Dimana infark adalah kematian jaringan dan iskemik adalah kekurangan suplai O₂. hal tersebut dapat menyebabkan arterosklerosis dan pembuluh darah menjadi kaku. Arterosklerosis adalah penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan pembekuan darah di cerebral dan terjadi lah Stroke nonhemoragik. Pembuluh darah menjadi kaku, menyebabkan pembuluh darah mudah pecah dan mengakibatkan Stroke.

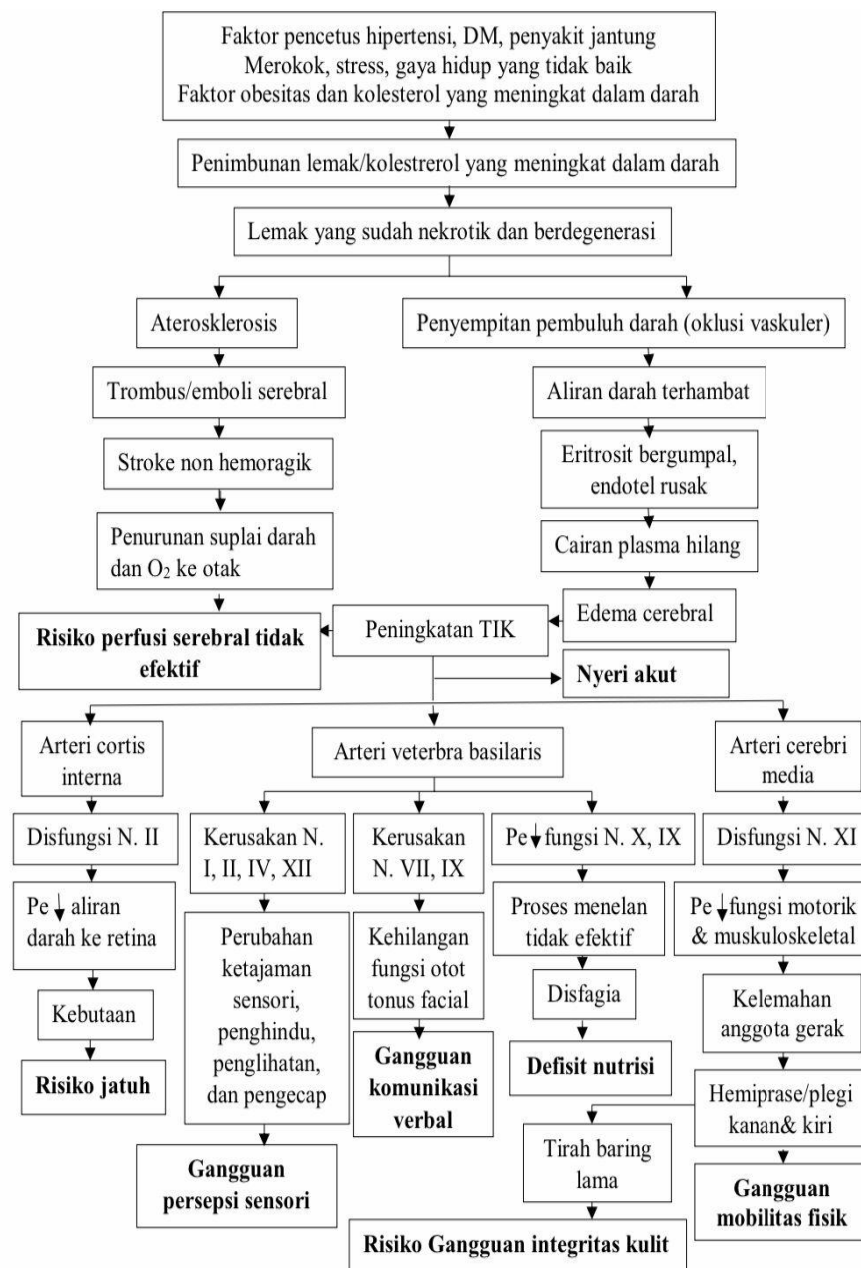
Dampak dari Stroke yaitu suplai darah ke jaringan cerebral non adekuat dan dampak dari Stroke terdapat peningkatan tekanan sistemik. Kedua dampak ini menyebabkan perfusi jaringan cerebral tidak

adekuat. Pasokan Oksigen yang kurang membuat terjadinya vasospasme arteri serebral dan aneurisma. Vasospasme arteri serebral adalah penyempitan pembuluh darah arteri cerebral yang kemungkinan akan terjadi gangguan hemisfer kanan dan kiri dan terjadi pula infark /iskemik di arteri tersebut yang menimbulkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Aneurisma adalah pelebaran pembuluh darah yang disebabkan oleh otot dinding di pembuluh darah yang melemah hal ini membuat di arachnoid (ruang antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak) dan terjadi penumpukan darah di otak atau disebut hematoma kranial karena penumpukan otak terlalu banyak, dan tekanan intra kranial menyebabkan jaringan otak berpindah/ bergeser yang dinamakan herniasi serebral. Pergeseran itu mengakibatkan pasokan oksigen berkurang sehingga terjadi penurunan kesadaran dan resiko jatuh. Pergeseran itu juga menyebabkan kerusakan otak yang dapat membuat pola pernapasan tak normal (pernapasan cheynes stokes) karena pusat pernapasan berespon terhadap CO₂ yang mengakibatkan pola napas tidak efektif dan resiko aspirasi Amin (2015).

6. Pathway Dampak Stroke Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia

Bagan 2 : Pathway Dampak Stroke Terhadap Pemenuhan ebutuhan Dasar Manusia



(Sumber : Hariyanto,2019; Maria, 2021)

7. Komplikasi

Menurut Susilo (2019) Terdapat komplikasi dari penyakit stroke antara lain yaitu pneumonia, infeksi saluran kencing, malnutrisi, dekubitus, penekanan intrakranial, infark miokard, aritmia jantung, dan gagal jantung

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Purwanti (2017) Beberapa pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan untuk memastikan penyebab stroke pada lansia antara lain :

1. Angiografi Serebral Membantu menentukan penyebab Stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.
2. Scan Tomografi Komputer (CT-Scan) Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya thrombosis, emboli serebral, dan tekanan normal dan adanya thrombosis, emboli serebral, dan tekanan intracranial.
3. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).
4. *Elektroensefalogram* (EEG) Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
5. Sinar tengkorak/ Foto Røghtgen Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarachnoid.
6. Pemeriksaan laboratorium rutin berupa cek darah, gula darah, urine, Cairan serebrospinal, AGD, Biokimia dara dan elektrolit.

9. Penatalaksanaan

Menurut Praditiya (2017) ada beberapa penatalaksanaan pada penderita stroke yaitu :

Penderita stroke sejak mulai sakit pertama kali dirawat sampai proses rawat jalan di luar rumah sakit, memerlukan perawatan dan pengobatan terus menerus sampai optimal dan mencapai keadaan fisik maksimal. Pengobatan pada Stroke dibedakan menjadi :

a. Pengobatan Umum

Pengobatan ini dibedakan menjadi 5B yaitu :

1) Breathing

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

2) Blood

a) Tekanan Darah

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

b) Komposisi darah

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

3) Bowel

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

4) Bladder

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

5) Brain

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

b. Pengobatan Khusus

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

keperluan tersebut maka aliran darah tersebut harus diperbaiki.

c. Terapi Farmakologi

1) Trombolisis

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

2) Antikoagulan

Obat yang di berikan adalah heparin atau heparinoid (fraxiparine).Efek antikoagulan heparin adalah inhibisi terhadap faktor koagulasi dan mencegah atau memperkecil pembentukan fibrin dan propagasi trombus.Antikoagulansia mencegah terjadinya gumpalan darah dan embolisasi trombus.Antikoagulansia mencegah terjadinya gumpalan darah dan embolisasi trombus.Antikoagulansia masih sering di gunakan pada penderita Stroke dengan kelainan jantung yang dapat mimbukan embolis.

3) Anti Agregasi Trombosit

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

4) Neuroprotektor

Mencegah dan memblok proses yang menyebabkan kematian sel-sel terutama di daerah penumbra. Berperan dalam menghambat dan mengubah reversibilitas neuronal yang terganggu akibat *ischemic cascade*. Obat-obat ini misalnya piracetam, citikolin, nimodipin, pentoksifilin.

5) Anti Edema

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

d. Terapi Non-Farmakologi

1) Terapi menggenggam bola

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

2) Latihan keterampilan motorik

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

3) Terapi mobilitas

Alat bantu dalam terapi mobilitas ini alat bantu jalan, tongkat, kursi roda, atau menahan pergelangan kaki.

Penyangga pergelangan kaki dapat menstabilkan dan memperkuat pergelangan kaki lansia untuk membantu mendukung berat badan lansia saat lansia belajar berjalan kembali.

4) Terapi *Range Of Motion* (ROM)

ROM adalah tindakan latihan persendian tulang dan otot yang diberikan khususnya kepada pasien yang mobilitasnya terbatas. Latihan ROM bermanfaat untuk memelihara Fleksibilitas, kemampuan gerak sendi, mengurangi rasa nyeri, mengembalikan kemampuan menggerakkan otot dan melancarkan peredaran darah.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Nugroho (2015) Asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) Merupakan kegiatan Yang dimaksud untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengasawan, perlindungan dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu, kelompok seperti dirumah atau dilingkungan, panto werdha ataupun dipuskesmas yang diberikan oleh perawat

1. Pengkajian

Menurut Tarwoto (2013) Pengkajian tahap awal dari proses keperawatan merupakan upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Hal-hal yang perlu dikaji diantara lain yaitu :

a. Pengumpulan Data

1) Identitas diri

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

2) Keluhan utama

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

3) Riwayat kesehatan sekarang

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

4) Riwayat kesehatan dahulu

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

5) Riwayat kesehatan keluarga

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

6) Pemeriksaan fisik

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

a) Tanda-tanda Vital

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

b) Sistem Penginderaan (Penglihatan)

Pada sistem penglihatan akan terjadi seperti : penglihatan kabur, perdatahan retina, konjungtiva anemis,reflek pupil baik atau tidak.

c) Sistem Pernafasan

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan

produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan raktil premitus seimbang kanan dan kiri.

d) Sistem Pendengaran

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.

e) 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.

f) Sistem Persyarafan

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

merupakan fokus pengkajian pada klien stroke dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya, pada klien dengan peningkatan TIK.

(1) Pengkajian tingkat kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penrunn 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) Pengkajian sistem motoric

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan control volunteer terhadap gerakan motoric: inspeksi umum. Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu tubuh adalah tanda yang lain. Tonus Otot Didapatkan meningkat. Hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan dan kesakitan pada salah satu sisi tubuh.

(3) Pengkajian Reflek

Pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflek fisiologis

akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis. Biasanya pada saat dilakukan pengkajian refleks babinski hasilnya akan positif (+) pada ekstremitas yang sakit.

(4) Pengkajian syaraf kranial

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII

(a) Nervus I (Olfaktorius) Biasanya pada pasien stroke tidak ada kelain pada fungsi penciuman.

(b) Nervus II (Optikus) Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri.

(c) Nervus III (Okulomotorius) Gerakan mata konstriksi pupil akomodasi

(d) Nervus IV (Troklaris) Biasanya pasien dapat melihat mengikuti arah tangan perawat

(e) Nervus V (Trigenimus) Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigenimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilatera, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan ekstremitas.

(f) Nervus VI (Abdusen) Biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kanan dan kekiri

- (g) Nervus VII (Facialis) Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris dan otot tertarik ke bagian sisi yang sehat, Pada pasien stroke biasanya saat menggembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung posisi kelemahan yang terjadi.
- (h) Nervus VIII (Auditori) Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.
- (i) Nervus IX (Glosfaringeus) Pada pasien stroke biasanya uvula terangkat simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah.
- (j) Nervus X (Vagus) Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan melenelan.
- (k) Nervus XI (Assessorius) Pada pasien stroke biasanya tidak kuat saat diperintahkan mengangkat bahu.
- (l) Nervus XII (Hipoglossus) Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan ke kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara.

g) Sistem Gastrointestinal

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah pada fase akut. Mual sampai

muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi.

h) Sistem Integumen

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 dikenal dengan liver spot, terdapat odema serta turgor kulit jelek akibat penuaan.

i) Sistem Muskulokeletal

Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia/hemipareresis salah satu atau seluruh anggota gerak, serta kesulitan beraktifitas karena adanya kelemahan.

j) Sistem Perkemihan

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

7) Pengkajian Psikososial dan spritual

a) Pengkajian psikososial

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitis dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan

klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien, Adakah dampak yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

(1) Aspek sosial

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

(2) Identifikasi Masalah Emosional

Pertanyaan tahap 1

- (1) Apakah klien mengalami sukar tidur ?
- (2) Apakah klien sering merasa gelisah?
- (3) Apakah klien sering merasa murung?
- (4) Apakah klien khawatir?

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

Pertanyaan tahap II

- (1) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
- (2) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan

terakhir?

(3) Adakah masalah dan keluhan ?

(4) Adakah gangguan / masalah dengan anggota keluarga?

(5) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang atas dokter ?

(6) Anjuran Apakah klien cenderung mengurung diri?

Bila lebih dari satu sama dengan satu jawaban “Ya” masalah emosional positif (+)

b) Pengkajian spritual

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

8) Pemeriksaan Penunjang

a) EKG : Kemungkinan adanya pembesaran vertikel kiri, pembesaran atrium kiri adanya penyakit jantung koroner atau aritmia.

b) Elektroensefalogram (EEG) Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

c) Sinar tengkorak/ Foto Roghtgen Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarachnoid.

d) Pemeriksaan laboratorium rutin berupa cek darah, gula darah, urine, Cairan serebrospinal, AGD, Biokimia dara dan elektrolit.

9) Pengkajian Fungsional

a) Katz Indeks

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

Tabel 2.1: Pengkajian fungsional dengan menggunakan Katz Indeks

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

Masuk/ kategori mana klien :

- (1) Katz indeks A : Kemandirian dalam hal makan, kontenensia (BAB BAK), berpindah, pergi toilet, berpakaian dan mandi.
- (2) Katz Indeks B : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas.
- (3) Katz Indeks C : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup

sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.

(4) Katz Indeks D : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.

(5) Katz Indeks E : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ketoilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.

(6) Katz Indeks F : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ketoilet, berpindah dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas

(7) Katz Indeks G : Ketergantungan untuk semua fungsi yang tersebut di atas.

b) Modifikasi Bathel Indeks

Barthel Indeks merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan berdasarkan skor yang diperoleh seperti tabel dibawah ini :

Tabel 2.2 ; Bathel Indeks Pemeriksaan

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis. :
2	Minum	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis. :
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka,menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, penyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	
7	Jalan dipermukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol BAB	5	10	Frekuensi : Konsistensi :
11	Kontrol BAK	5	10	Frekuensi : Warna :
12	Olahraga atau latihan	5	10	Frekuensi : Jenis :
13	Rekreasi/ pemanfaatan waktu	5	10	Frekuensi : Jenis :

Keterangan :

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan Sebagian

Skor <65 : Ketergantungan Total

10) Pengkajian Status Mental

a) *Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)*

Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Adalah salah satu instrument pengkajian sederhana yang baku

digunakan untuk mengevaluasi menilai fungsi intelektual, mental dari lansia (Padila 2013)

Tabel 2.3 ; *Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)*

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

Skor total

Interprestasi hasil :

Salah 0-3 = Kerusakan Intelektual Utuh

Salah 4-5 = Kerusakan Intelektual Ringan

Salah 6-8 = Kerusakan Intelektual Sedang

Salah 9-10 = Kerusakan Intelektual Berat

b) *Mini Mental Status Exam (MMSE)*

Tabel 2.4 : *Mini Mental Status Exam (MMSE)*

NO	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar
				<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahun berapa sekarang ? 2. Musim apa sekarang ? 3. Tanggal berapa sekarang ? 4. Hari apa sekarang ? Bulan apa sekarang ?
2	Registrasi	3		Menyebutkan dimana kita sekarang berada
				<ol style="list-style-type: none"> 1. Negara apa ? 2. Provinsi apa ? 3. Kota apa ? 4. Panti/Desa/ Kampung apa? 5. Alamat dimana?
				Sebutkan nama 3 objek (ditunjukan pemeriksaan selama 1 detik untuk

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

hanya diberikan jika klien menutup mata sebelah membaca.

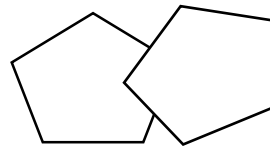
e. Menulis (writing)

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

f. Menyalin (copying)

Berikan selembar ketas kosong minta lansia untk menyalin gambar seperti dibawah ini, 10 sisi harus ada dan keluarga bersinggungan jika benar beri nilai 1 point

0



Interprestasi hasil :

> 23 : Aspek kognitif dari mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

<17 : Kerusakan aspek fungsi mental berat

11) Pengkajian Keseimbangan

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

Tabel 2.5 ; Pengkajian Keseimbangan

Kriteria	Skor
a. Perubahan posisi atau gerakan Keseimbangan	
1. Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	
2. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi.	
3. Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali	

gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.

4. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi. Ket. Kursi harus yang keras tapa lengan

5. Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup. Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

6. Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan pusing atau keadaan tidak stabil

7. Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan.

8. Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun.

b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan

1. Minta klien berjalan ketempat yang ditentukan. Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan.

2. Ketinggian langkah kaki
Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (2 5 cm)

3. Kontinuitas langkah kaki
Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai

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

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

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

Skor total

Interpretasi Hasil :

05 : Resiko Jatuh Ringan

6 -10 : Resiko Jatuh Sedang

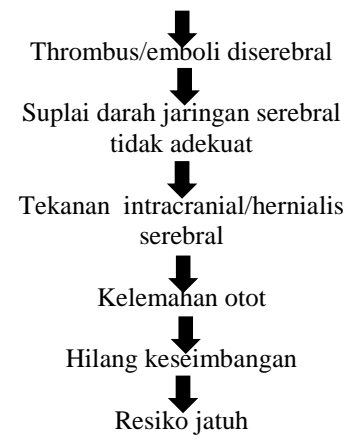
10-15 : Resiko Jatuh Tinggi

b. Analisa Data

Tabel 2.6 : Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : 1. Kemungkinan klien Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Nyeri saat bergerak 3. Enggan melakukan pergerakan 4. Merasa cemas saat bergerak 5. DO : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Sendi kaku 4. Gerakan tidak terkoordinasi 5. Gerakan terbatas 6. Fisik lemah	Stroke ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah & O ₂ ke otak ↓ Gangguan jaringan peripus serebral ↓ Peningkatan TIK ↓ Arteri vertebra basilaris ↓ Disfungsi N.XI (aksesoris) ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilitas Fisik
2	DS : 1. Menanyakan masalah yang dihadapi 2. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 3. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatitis, bermusuhan, agitasi, histeria) 4. DO : 1. Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Stroke ↓ trombus emboli di cerebral ↓ Perfusi jaringan serebral tidak adekuat ↓ Defisit neurologi ↓ Hemisfer kiri ↓ Kurang pengetahuan ↓ Defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan

3 DS; - Stroke Resiko Jatuh
DO : -



c. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang biasanya akan muncul pada kasus stroke dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

- 1) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi saraf hipoglossus (D.0019)
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)
- 3) Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0109)
- 4) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan serebral. (D.0119)
- 5) Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif kurangnya informasi (D.0111)
- 6) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gejala pasca stroke (D.0109)

Berikut adalah uraian dari diagnosa yang timbul bagi klien stroke dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam SDKI DPP PPNI 2017.

2. Perencanaan

- a. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi saraf hipoglossus (D.0019)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik.

Kriteria Hasil :

1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
2. Berat badan atau IMT meningkat
3. Frekuensi makan meningkat
4. Nafsu makan meningkat

Tabel 2.7; Rencana Tindakan Keperawatan Defisit Nutrisi

Intervensi
<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien dan keluarga diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil :

1. Pergerakan eksteremitas meningkat
2. Kekutan otot meningkat
3. Rentang gerak ROM meningkat
4. Gerakan tidak terkoordinasi menurun gerakan terbatas menurun
5. Kelemahan fisik menurun

Tabel 2.8; Rencana Tindakan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi
<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

c. R

c. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0109)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun.

Kriteria Hasil :

1. Jatuh dari tempat tidur menurun
2. Jatuh saat berdiri menurun
3. Jatuh saat duduk menurun
4. Jatuh saat berjalan menurun

Tabel 2.9 ; Rencana Tindakan Keperawatan Resiko Jatuh

Intervensi
<p>Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 2. Pasang handrail tempat tidur 3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 3. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri

d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. (D.0119)

Tujuan : Setelah dilalukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat.

Kriteria Hasil :

1. Kemampuan berbicara meningkat
2. Kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh meningkat

Tabel 2.10 ; Rencana Tindakan keperawatan Gangguan komunikasi verbal

Intervensi
<p>Defisit bicara</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 3. Ulangi apa yang disampaikan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif kurangnya informasi (D.0111)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan membaik

Kriteria Hasil :

1. Perilaku sesuai anjuran meningkat
2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat
3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun

Tabel 2.11 Rencana Tindakan keperawatan Defisit Pengetahuan

Intervensi
<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

- f. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gejala pasca stroke
(D.0109)

Tujuan : setelah dilakukakn tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat

Kriteria Hasil :

1. Kemampuan mandi meningkat
2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
3. Kemampuan makan meningkat
4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat
5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2.12 : Rencana Tindakan keperawatan Defisit Perawatan Diri

Intervensi
<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

3. Implementasi Keperawatan

Menurut (Purwanto 2016) Implementasi adalah suatu tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Perawat harus mengetahui berbagai hal bahaya fisik, perlindungan pasien, teknik komunikasi dan prosedur tindakan.

4. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Bakri Maria 2017) Evaluasi dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, kemudian dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Jika tindakan yang dilakukan belum berhasil, maka perlu dicari cara metode lainnya. Tahapan ini dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Ny.Y
Umur	: 60 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Kawin
Alamat	: Kp. Picung RT04 / RW10 Ds. Kresek Kec.Cibatu
Suku Bangsa	: Sunda
Tanggal Pengkajian	: Kamis, 06 April 2023
Diagnosa Medis	: Stroke
Orang yang dapat dihubungi	: Tn.S
Hubungan dengan lansia	: Suami

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengatakan sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan lemah dan sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan merasa berat disertai kaku pada saat digerakan, terasa ketika akan digerakan klien juga mengatakan terkadang tangan dan kaki merasa kesemutan dan mati rasa.

c) Riwayat Kesehatan dahulu

Klien mengatakan mempunyai penyakit hipertensi klien juga terkadang mengontrol tekanan darah dan penyakit yang dideritanya ke puskesmas, klien mengatakan sering mengkonsumsi obat dipuskesmas dan tradisional, klien selalu menjaga pola makanannya agar tekanan darahnya tidak terlalu tinggi. Menurut penuturan klien + 5 tahun yang lalu mengalami penyakit yang sama yaitu stroke dan klien pernah dirawat di RS Cikarang, klien juga mengatakan pernah mempunyai riwayat jatuh.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien juga mengatakan tidak ada yang mengalami penyakit keturunan seperti hipertensi, dm dan lain-lain.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Kesadaran : Composmentis GCS = 15

E=4, V=5, M=6

b) Pemeriksaan TTV

Tekanan Darah	: 150/100 mmhg
Nadi	: 95 x/menit
Suhu	: 37
Respirasi	:20 x/menit
SPO2	: 97%

c) Pemeriksaan fisik

(1) Sistem Respirasi

(1) Hidung : Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada secret, tidak ada terdapat polip, nampak bersih, fungsi penciuman baik, tidak terdapat nyeri tekan didarrah hidung.

(2) Paru paru : Bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, irama teratur, frekuensi nafas 20 x/menit.

(2) Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, tidak ada peningkatan JVP, nadi 94x/menit, irama jantung reguler, bunyi jantung murni reguler (S1, S2) tekanan darah 150/100 mmHg

(3) Sistem Integumen

Penyebaran rambut merata, warna rambut hitam beruban, warna kulit sawo matang, kulit keriput, turgor kulit \pm 2 detik kembali, tidak ada lesi, bentuk kuku cembung, transparan, kuku sedikit panjang dan sedikit kotor,

CRT (Capillary Refill Time) \pm 3 detik kembali.

(4) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, keadaan cukup bersih, warna bibir hitam kecoklatan, gigi tampak karies, tidak ada sianosis , fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik. Bentuk perut cembung, bunyi perut tympani, tidak terdapt nyeri tekan.

(5) Sistem Endokrin

Keadaan leher bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening,tidak ada lesi, pergerakan leher baik dan tidak ada nyeri tekan .

(6) Sistem Sensori dan Persepsi

(a) Sistem Penglihatan :

Letak mata simetris anatara kiri dan kanan, sklera putih, konjungtiva merah muda, refleks pupil baik terbukti saat diberikan rangsangan ada gerak reflek mengikuti rangsangan tersebut,pupil mengecil saat diberikan rangsangan cahaya, fungsi penglihatan baik terbukti klien bisa membaca papan nama mahasiwa .

(b) Sistem Pendengaran

Letak telinga kiri dan kanan simetris, todak ada edema/ lesi maupun benjolan, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab semua pertanyaan mahasiswa dengan tepat.

(7) Sistem Neurologi

(a) Nervus I (Olfaktorius)

Klien dapat membedakan minyak kayu putih dan parfum

(b) Nervus II (Optikus)

Klien bisa membaca papan nama mahasiswa

(c) Nervus III (Okulomotorius)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke kanan ke sisi pupil isokor.

(d) Nervus IV (Toklearis)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan kebawah

(e) Nervus V (Abdusen)

Klien dapat menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kesamping kiri .

(f) Nervus VI (Trigeminus)

Sensori- Sensori kulit wajah klien baik, dapat merasakan goresan kapas pada pipi kanan.

(g) Nervus VII (Facialis)

klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi

(h) Nervus VIII (vestibulococlear)

Fungsi keseimbangan klien tidak baik, berjalan dengan menyeret kaki kanan dan sedikit sempoyongan.

(i) Nervus IX (Glosfaringeus) Refleks menelan klien baik.

(j) Nervus X (Vagus) Reflek muntah (gag reflex) baik, klien

merasakan sensasi pait pada 1/3 pagkal lidah

- (k) Nervus XII (Assesorius) Klien dapat menggerakan kedua bahunya dan mengerakan kepalanya
- (l) Nervus XII (Hipoglosus) Lidah bias digerakan pada segala arah.

(8) Sistem Muskulokeletal

(1) Ekstremitas Atas

Letak tangan simetris antara kiri dan kanan, refleks bisep (+) tangan kanan ngelami kelemahan dengan kekuatan otot 3 sedangkan tangan kiri dapat di gerakan refleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi, tidak ada edema dan tidak terdapat nyeri tekan di ekstremitas atas klien.

(2) Ekstremitas Bawah

Letak kaki simetris antara kanan dan kiri, refleks ptela (+) kaki kanan mengalami kelemahan dapat bergerak tapi perlahan, berjalan hanya menyeret kakinya dengan kekuatan otot 4 , kaki kiri bisa digerakan, tidak terdapat nyeri tekan dan edema dieksterimtas bawah terkadang terasa kesemutan, mati rasa dan baal.

3	5
4	5

Keterangan :

0 : Otot sama sekali tidak mampu bergerak

1 : Tampak kontraksi ada sedikit gerakan

2 : Mampu menahan tegak tapi dengan sentuhan akan jatuh.

3 : Mampu menahan tegak walaupun di dorong tapi tidak mampu melawan tekan

4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

5 : Kekuatan otot utuh

(9) Sistem Perkemihan

Klien mengatakan tidak terdapat keluhan pada sistem perkemihan, tidak ada nyeri pada saat BAK , warna urine klien warna kuning jernih, frekuensi berkemih 4-6 x/hari .

4) Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a) Psikososial

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain, status emosional Ny.y stabil dan kooperatif ketika di ajak bicara, klien baik terhadap orang lain, komunikasi baik, klien suka berbaaur dengan tetangga lainnya meskipun pergerakannya terbatas.

Klien bisa mengenali orang lain yang ada di sekitar rumahnya, baik kepada keluarga, masyarakat, perawat maupun mahasiswa . Klien berharap bisa terus bersosialisasi dengan

orang lain dan bisa selalu ingin mengikuti setiap kegiatan yang ada dilingkungan.

Klien mengatakan kurang mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritanya , klien tampak bertanya tentang kondisi penyakitnya mengenai penyakit stroke, cara penanganan stroke.

b) Masalah emosional

Pertanyaan tahap 1

- (1) Apakah klien mengalami sukar tidur ? Ya
- (2) Apakah klien sering merasa gelisah? Tidak
- (3) Apakah klien sering merasa murung? Tidak
- (4) Apakah klien khawatir? Tidak

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

Pertanyaan tahap II

- (1) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
Tidak
- (2) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir?
Tidak
- (3) Adakah masalah dan keluhan ? Ya
- (4) Adakah gangguan / masalah dengan anggota keluarga? Tidak
- (5) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter ? Tidak

(6) Apakah klien cenderung mengurung diri? Tidak

Bila lebih dari satu sama dengan satu jawaban “Ya” masalah emosional positif (+)

Kesimpulan pada hasil penilaian masalah emosional Ny. Y didapatkan bahwa klien tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosional yang stabil.

c) Pengkajian Spritual

Klien beragama islam, klien selalu mnegerjakan sholat 5 waktunya meski keadaan pergerakannya terbatas, klien juga terkadang ikut pengajian rutin jika kesehatannya membaik. klien selalu berdoa agar diberikan kelancaran, kemudahan dan kesembuhan kesehatannya.

d) Lingkungan tempat tinggal

Kondisi tempat tinggal klien rapih, lantai klien sedikit licin, jarak kamar klien ke toilet cukup dekat dengan kamar, ruangan , toilet dan ruangan lainnya cukup baik, ventilasi udara cukup baik.

5) Pola kegiatan sehari- hari

Tabel 3 : Pola kegiatan sehari-hari

No	Jenis	Hasil
1	Nutrisi + Cairan :	
	Nutrisi	3x/hari (1/2 porsi)
	a. Frekuensi	Nasi,lauk pauk dan sayuran
	b. Jenis makanan	Baik
	c. Nafsu makan	
	Cairan	6-8 x/hari
	a. Frekuensi	Air Putih dan air the
	b. Jenis minuman	

2	Eliminasi BAK a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan BAB a. Frekuensi b. Warna c. Konsistensi d. Keluhan	4-6 x/hari Kuning jernih Tidak ada 1x/hari Kuning khas Feses Padat Tidak ada
3	Istirahat tidur Tidur malam a. Kualitas Tidur siang a. Kualitas	5-8 jam/hari Nyenyak 1 jam/hari Nyenyak
4	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Gunting kuku	1x/hari 2x/hari 1x/2 hari 1x/minggu
5	Aktivitas latihan olahraga a. Jenis b. Frekuensi c. Keluhan dalam aktivitas	Senam lansia 1x/minggu Berat dan kaku pada saat digerakan
6	Rekreasi atau pemanfaatan diwaktu luang	Waktu luang dihabiskan dirumah bersama suami karena anak-anaknya hamper semua merantau dan kedaan yang terbatas

6) Pengkajian Fungsional

a) Katz Indeks

Tabel 3.2 :Katz Indeks

No	Kegiatan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
1	Mandi		✓	
2	Berpakaian		✓	
3	Pergi ketoilet		✓	
4	Berpindah (berjalan)	✓		
5	BAB dan BAK	✓		
6	Makan	✓		

Interpretasi :

- (1) Katz indeks A : Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAB BAK) , berpindah, pergi toilet, berpakaian dan mandi.
- (2) Katz Indeks B : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas.
- (3) Katz Indeks C : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
- (4) Katz Indeks D : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
- (5) Katz Indeks E : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ketoilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
- (6) Katz Indeks F : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ketoilet, berpindah dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas
- (7) Katz Indeks G : Ketergantungan untuk semua fungsi yang tersebut di atas.

Dari hasil penilaian Kartz Indeks yaitu termasuk ke dalam kategori Katz Indeks E yaitu Ny.Y kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari kecuali mandi berpakaian ketoilet dan salah satu fungsi lain seperti di atas.

b) Modifikasi dari bathel Indeks

Tabel 3.3 : Modifikasi dari bathel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan		10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : ½ porsi Jenis : nasi,lauk pauk,sayuran
2	Minum		10	Frekuensi : 6-8 x/hari gelas Jumlah : 1 gelas Jenis : air the/air putih
3	Berpindah tempat		15	
4	Personal toilet (cuci muak,menyisir rambut,gosok gigi)		5	
5	Keluar masuk toilet 9 mencuci pakaian,menyeka tubuh, menyiram)	5		
6	Mandi	5		
7.	Jalan dipermukaan datar		5	
8.	Naik turun tangga	5		
9.	Mengenakan pakaian	5		
10.	Kontrol BAB		5	
11.	Kontrol BAK		5	
12.	Olahraga/latihan	5		Senam lansia 1 minggu sekali
13.	Reksiasi/ pemanfaatan waktu luang	5		Waktu luang dihabiskan dirumah bersama suami karena anak-anaknya hamper semua merantau dan kedaan yang terbatas
Jumlah 90				

Keterangan :

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan Sebagian

Skor <65 : Ketergantungan Total

Kesimpulan pada hasil penilaian indeks beta yaitu menilai tentang tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari, didapatkan hasil 90 yang artinya Ny.Y memiliki ketergantungan sebagian.

7) Pengkajian status mental

a) *Short Portable status Questioner (SPMSQ)*

Tabel 3.4 : *Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)*

Benar	Salah	No soal	Pertanyaan	Jawaban
✓		1	Tanggal berapa hari ini?	07 April 2023
✓		2	Hari apa sekarang?	Jumat
✓		3	Apa nama tempat ini?	Kp.babakan picung
✓		4	Berapa nomor telepon Anda? Di mana alamat Anda?	Kp.babakan picung rt/rw 04/10 Ds. Kresek Kec.Cibatu
	✓	5	Berapa umur anda?	63 tahun
	✓	6	Kapan anda lahir?	Lupa
✓		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Pak jokowidodo
	✓	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Megawati
✓		9	Siapa nama ibu anda?	Iroh
	✓	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengurangan.	17, 15,12
Jumlah skor total jawaban salah yaitu 4				

Interprestasi hasil :

Salah 0-3 = Kerusakan Intelektual Utuh

Salah 4-5 = Kerusakan Intelektual Ringan

Salah 6-8 = Kerusakan Intelektual Sedang

Salah 9-10 = Kerusakan Intelektual Berat

Kesimpulan pada hasil penilaian yaitu dengan jumlah jawaban salah sebanyak 4 yang artinya kerusakan intelektual ringan.

b) *Mini Mental status Exam* (MMSE)

Tabel 3.5: *Mini Mental status Exam* (MMSE)

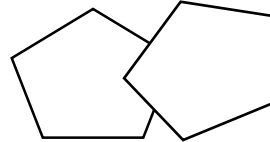
NO	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar 1. Tahun berapa sekarang ? 2. Musim apa sekarang ? 3. Tanggal berapa sekarang ? 4. Hari apa sekarang ? 5. Bulan apa sekarang ?
				Menyebutkan dimana kita sekarang berada 1. Negara apa ? 2. Provinsi apa ? 3. Kota apa ? 4. Panti/Desa/ Kampung apa? 5. Alamat dimana?
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek (ditunjukkan pemeriksaan selama 1 detik untuk mengatakan setiap objek yang ditunjukkan), lalu tanya kembali ketiga objek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 point untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat. Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3) tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali) jika gagal maka tidak dapat dilakukan tes pada aspek mengingat.
3	Perhatikan dan kalkulasi	5	3	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali (nilai 1 point untuk jawaban benar) 1. $100 - 7 = 93$ 2. $93 - 7 = 86$ 3. $86 - 7 = 79$ 4. $79 - 7 = 72$ 5. $72 - 7 = 65$ Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa mengeja kalimat secara mundur 1 skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar 1 point untuk setiap hurufnya. Misal DUNIA (eja A-I-N-U-D)
4	Mengingat	3	3	Meminta klien mengulangi tiga objek yang telah disebutkan pada no 2 (registrasi) bila

			benar beri nilai 1 point untuk setiap objek yang disebutkan.
			e. Memberi nama (Naming) Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya lalu ulangi sekali lagi untk benda yang lain (misalnya jam tangan,pensil) point 1 untk masing-masing jawaban benar
			f. Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya: Namun,tanpa,bila atau kata yang lebih sulit lagi ‘ taka da jika,dan atau tetapi’ hanya satu kali mencoba. Point 1 jika siulang sempurna dari 0 jika tidak benar keseluruhan.
5	Bahasa	9	g. Perintah 3 tahap (3 stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selemba kertas kosong, minta untk melipatnya menjasi 2 kemudian minta untk menaruhnya dilantai. Nilai 1 untk masing-masing perintah yang dilalukan dengan benar
			h. Membaca (reading) Dalam selemba kertas kosong tulis kalimat: ‘Pejamkan mata anda’ ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (1 point hanya diberikan jika klien menutup mata sebelah mambaca.
			f. Menulis (writing) Berikan selemba kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/ kata benda danpredikat/ kata kerja, ejaan/ tanda baca tidak diperhitungkan jika benar beri nilai 1 point)

g. Menyalin (copying)

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

0



Interprestasi hasil :

> 23 : Aspek kognitif dari mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

<17 : Kerusakan aspek fungsi mental berat

Kesimpulan hasil dari penilaian MMSE yaitu dengan jumlah skor

22 yang artinya memiliki gangguan kognitif sedang.

8) Pengkajian keseimbangan

Tabel 3.6 : Pengkajian keseimbangan

Kriteria	Skor
a. Perubahan posisi atau gerakan Keseimbangan	
1. Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	1
2. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi.	1
3. Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	1
4. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi. Ket. Kursi harus yang keras tapa lengan	0
5. Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup. Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.	1
6. Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan pusing atau keadaan tidak stabil	1

7.	Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan.	1
8.	Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun.	0
b.	Komponen gaya berjalan atau pergerakan	
1.	Minta klien berjalan ketempat yang ditentukan. Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan.	1
2.	Ketinggian langkah kaki Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (2 5 cm)	1
3.	Kontinuitas langkah kaki Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai	1
4.	Kesimetrisan Langkah Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit .	1
5.	Penyimpangan jalur pada saat berjalan Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi	1
6.	Berbalik Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.	1
Skor total 12		

Interpretasi Hasil :

05 : Resiko Jatuh Ringan

6 -10 : Resiko Jatuh Sedang

10-15 : Resiko Jatuh Tinggi

Dari hasil penilaian keseimbangan diatas didapatkan bahwa Ny.Y

mendapatkan skor 12 yang artinya adalah resiko jatuh tinggi.

b. Analisa Data

Tabel 3.7: Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : 1. Klien mengatakan merasa mah dan sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan 2. Klien juga merasa berat disertai aku pada saat menggerakkan 3. Klien mengatakan tidak dapat	Pasca Stroke ↓ penurunan fungsi organ tubuh ↓ peubahan komposisi tubuh ↓	Gangguan Mobilitas Fisik

	<p>berjalan dan berdiri lama</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Klien juga mengatakan sedikit kebutuhannya ia tidak bisa, dibantu oleh suaminya 5. Klien mengatakan terkadang tangan dan kaki merasa kesemutan dan Baal (Parestesia) <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien berjalan dengan perlahan 2. Klien nampak berjalan dengan kaki kanan yang diseret dan kadang berpegangan 3. Gerakan terbatas (pasien hanya bisa menggunakan tangan kiri untuk melakukan aktivitas) 4. Hasil penilaian Katz Indeks E 5. Hasil penilaian dari Bathel Indeks 90 yang artinya ketergantungan sebagian 6. Kekuatan otot menurun <table border="1" data-bbox="558 896 718 1030"> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	3	5	4	5	<p>penurunan densitas tulang, penurunan masa dan ukuran otot</p> <p>↓</p> <p>penurunan kemampuan motorik kasar</p> <p>↓</p> <p>penurunan kemampuan mobilitas</p> <p>↓</p> <p>gangguan mobilitas fisik</p>
3	5					
4	5					
2	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sedikit tau tentang penyakitnya 2. Klien juga mengatakan tidak tahu apa yang dilakukan dengan penyakitnya dan tidak mengerti tentang cara perawatan dengan penyakit stroke 3. Klien juga mengatakan jarang membatasi/ mengkonsumsi makanan yang mempengaruhi kesehatannya <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak bingung 2. Klien sering bertanya tentang perawatan dan pengobatan penyakitnya ketika dijelaskan oleh mahasiwa 3. Klien terlihat sangat antusias ketika mahasiwa menjelaskam tentang penyakitnya 	<p>Pasca stroke</p> <p>↓</p> <p>Kurangnya informasi</p> <p>↓</p> <p>Kebiasaan prilaku tidak tepat</p> <p>↓</p> <p>tidak tau apa yang harus dilalukan</p> <p>↓</p> <p>Deficit pengetahuann</p> <p>Defisit Pengetahuan</p>				
3	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sedikit kebutuhan dibantu oleh suamimu terkadang dilakukan sendiri tanpa bantuan 2. Klien mengatakan mempunyai riwayat jatuh tapi tidak parah 3. Klien juga mengatakan di rumahnya bersama suaminya saja 	<p>Pasca Stroke</p> <p>↓</p> <p>penurunan fungsi organ tubuh</p> <p>↓</p> <p>peubahan komposisi tubuh</p> <p>↓</p> <p>Resiko Jatuh</p>				

DO :

1. Klien berjalan dengan pelan
2. Klien berjalan dengan kaki kanan yang diseret dan terkadang berpegangan
3. Hasil dari pengkajian keseimbangan yaitu 15 yang artinya resiko jatuh tinggi
4. Kekuatan otot menurun

3	5
4	5

penurunan densitas tulang,
penurunan masa dan ukuran
otot

↓
penurunan kemampuan
mekanik tubuh dan
penurunan energi

↓
penurunan kemampuan
system musculoskeletal dan
gangguan keseimbangan

↓
Resiko jatuh

c. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Ditandai dengan :

DS :

1. Klien mengatakan merasa lemah dan sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan
2. klien Juga merasa berat disertai aku pada saat menggerakkan
3. klien mengatakan tidak dapat berjalan dan berdiri lama
4. Klien juga mengatakan sedikit kebutuhannya ia tidak bisa, dibantu oleh suaminya
5. Klien mengatakan terkadang tangan dan kaki merasa kesemutan dan Baal (Parestesia)

DO :

1. Klien berjalan dengan perlahan
2. Klien nampak berjalan dengan kaki kanan yang diseret dan kadang berpegangan

3. Gerakan terbatas (pasien hanya bisa menggunakan tangan kiri untuk melakukan aktivitas)
4. Hasil penilaian Katz Indeks E
5. Hasil penilaian dari Bathel Indeks 90 yang artinya ketergantungan sebagian
6. Kekuatan otot

3	5
4	5

- 2) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi

DS :

1. Klien mengatakan sedikit tau tentang penyakitnya
2. Klien juga mengatakan tidak tahu apa yang dilakukan dengan penyakitnya dan tidak mengerti tentang cara perawatan dengan penyakit stroke
3. Klien juga mengatakan jarang membatasi/ mengkonsumsi makanan yang mempengaruhi kesehatannya

DO :

1. Klien tampak bingung
2. Klien sering bertanya tentang perawatan dan pengobatan penyakitnya ketika dijelaskan oleh mahasiwa
3. Klien terlihat sangat antusias ketika mahasiwa menjelaskan tentang penyakitnya

4. Klien mengatakan belum memahami tentang manfaat menggerakkan anggota tubuhnya

3) Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan anggota gerak

DS :

1. Klien mengatakan sedikit kebutuhan dibantu oleh suaminya terkadang dilakukan sendiri tanpa bantuan
2. Klien mengatakan sulit menggerakkan kaki dan tangan kanan
3. Klien mengatakan mempunyai riwayat jatuh tapi tidak parah
4. Klien juga mengatakan di rumahnya bersama suaminya saja

DO :

1. Klien berjalan dengan pelan dan berjalan dengan kaki kanan yang diseret
2. Berjalan terkadang berpegangan
3. Hasil pengkajian keseimbangan yaitu 12 artinya resiko jatuh tinggi
4. Kekuatan otot menurun

3	5
4	5

2. Perencanaan keperawatan

Tabel 3.8 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat Kriteria Hasil : 1. Pergerakan eksteremitas meningkat 2. Kekutan otot meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat 4. Gerakan tidak terkoordinasi menurun gerakan terbatas 5. Kelemahan fisik menurun 6. Berjalan tidak diseret 7. Berjalann tidak berpegangan	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 Terapetik 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 Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Untuk mengetahui nyeri dan keluhan fisik lainnya ketika sebelum melakukan pergerakan 2. Agar mengetahui batas kemampuan klien dalam melakukan pergerakan 3. Agar mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah pada saat melakukan mobilisasi 4. Agar saat melakukan mobilisasi kondisi pasien masih dalam batas normal Terapetik 5. Untuk menghindari terjadinya jatuh dan mempermudah pasien dalam melakukan pergerakan 6. Agar pasien dapat berdiri dengan seimbang tanpa menggunakan alat bantu 7. Agar pasien termotivasi dalam melakukan latihan pergerakan mobilisasi Edukasi 8. Agar pasien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Untuk mempelancar peredaran darah

			<p>9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	<p>dan meningkatkan pergerakan</p> <p>10. Agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana mandiri</p>
2	Defisit Pengetahuan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Klien memahami prosedur penyakit 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan kesiapan dalam menerima informasi 2. Untuk mengetahui faktor faktor yang menurunkan motivasi klien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Agar mempermudah pasien dalam menerima informasi kesehatan 4. Untuk membuat kontrak waktu dalam melakukan penyuluhan yang terjadwal 5. Untuk memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya dalam hal yang belum dipahami <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Untuk meningkatkan pemahaman apa saja yang memengaruhi kesehatan 7. Untuk meningkatkan pola hidup yang lebih sehat 8. Agar mengetahui cara meningkatkan hidup sehat

3	Resiko jatuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien memahami prosedur terhindar dari jatuh 2. Klien memahami guna memakai sandal dirumah 3. Jatuh saat berdiri menurun 4. Jatuh saat duduk menurun 5. Jatuh saat berjalan menurun 	<p>Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 6. Pasang handrail tempat tidur 7. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 8. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 10. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 11. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui faktor-faktor resiko jatuh pada klien 2. Untuk memodifikasi lingkungan untuk mencegah faktor resiko jatuh 3. Untuk mengetahui dan manajemen pencegahan jatuh yang perlu dilakukan sesuai standar prosedur 4. Untuk mengetahui kemampuan klien dalam berpindah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Agar terhindar dari resiko jatuh 6. Untuk menurunkan resiko jatuh pada saat tidur 7. Memudahkan klien dalam berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Untuk membantu dalam berpindah guna dalam menurunkan tingkat resiko jatuh 9. Agar lebih berkonsentrasi dalam menjaga keseimbangan agar tidak terjatuh 10. Untuk meningkatkan keseimbangan pada saat berdiri
---	--------------	--	--	---

3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama : Ny.Y
 Umur : 60 Tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Diagnosa : Stroke

Tabel 3.9: Implementasi dan Evaluasi

No Dx	Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi				
1	Sabtu 08/04/2023 10.00	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Mengajarkan melakukan latihan pergerakan (Latihan ROM) Mengajarkan melakukan mobilisasi pergerakan dengan cara menggenggam bola Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan di rumah 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan merasa masih lemah dan masih sulit kaku untuk menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan Klien juga mengatakan pada saat menggerakannya masih terasa berat. Klien juga mengatakan tidak dapat berdiri dan berjalan lama Klien mengatakan akan lebih rajin melakukan latihan ROM Klien mengatakan paham dalam tujuan dan manfaat dalam meningkatkan latihan ROM <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ttv TD : 150/100 N : 94x/menit S : 36 RR : 21x/menit SPO2 : 97 % Klien berjalan pelan dengan kaki kanan yang diseret dan berpegangan Klien nampak semangat dan antusias pada saat melakukan latihan pergerakannya Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px;">3</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">4</td> <td style="padding: 2px 10px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p>	3	5	4	5
3	5						
4	5						

2	Sabtu 08/04/2023 10.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 3. Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4. Memberikan Penyuluhan pada klien tentang penyakitnya 5. Memberikan penjelasan tentang stroke dan cara perawatan stroke 6. Memberikan kesempatan untuk bertanya 7. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 8. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih bingung dan kurang paham tentang cara perawatan dengan penyakit stroke 2. klien juga mengatakan tidak tau apa yang dilakukan dengan penyakitnya 3. Klien mengatakan ingin segera bisa beraktivitas seperti biasanya dan berjalan seperti biasa. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien kooperatif 2. Klien masih tampak bingung 3. Klien aktif bertanya ketika dijelaskan oleh mahasiwa 4. Klien terlihat sangat antusias ketika mahasiwa menjelaskam tentang penyakitnya 5. Klien nampak memperhatikan <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p>				
3	Sabtu 08/04/2023 11.10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 3. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 4. Mengajarkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 5. Mengajarkan untuk tidak melakukan aktivitas berat 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sedikit kebutuhannya dibantu oleh suaminya terkadang dilakukan sendiri tanpa bantuan 2. Klien mengatkan lemah dan sulit menggerakan kaki dan tangan. 3. Klien ngatakan meski keadaan klien terbatas tetapi klien selalu mengerjakan pekerjaan rumah tangga seperti biasanya 4. Klien paham dan akan lebih hati hati <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien berjalan dengan kaki yang diseret, pelan dan berpegangan 2. Klien nampak tidak memakai sandal 3. Rumah klien nampak bersih tetapi lantainya sedikit licin 4. Nampak toilet sangat licin 5. Kamar klien dengan toilet lumayan dekat 6. Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	3	5	4	5
3	5						
4	5						

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny.Y
 Umur : 60 Tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Diagnosa : Stroke

Tabel 3.10 : Catatan Perkembangan Hari ke-1

Hari/tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf				
Senin 10/04/2023 10.00	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih merasa lemas dan sulit menggerakkan kaki dan tangan kanan Klien juga merasa masih berat disertai kaku pada saat menggerakkan Klien mengatakan belum bisa berjalan dan berdiri lama Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh suaminya mKlien mengatakan akan lebih rajin lagi dalam melakukan latihan ROM dan latihan terapi mengenggam bola <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien nampak berlatih terapi mengenggam bola Klien nampak berjalan perlahan Klien nampak berjalan dengan kaki kanan dengan yang diseret dan berpegang Gerakan masih terbatas dalam melakukan latihan ROM dibantu oleh suaminya Ttv TD : 150/100 mmhg N : 95 x/mnt RR : 20x/mnt S : 37 SPO2 : 98% Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Gangguan Mobilitas Fisik P : Masalah belum teratasi I :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 	3	5	4	5	Sania Artyandi cahya
3	5						
4	5						

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor ttv 4. Ajarkan dan latih melakukan pergerakan (ROM) dan terapi mengenggam bola 	
		E : Masalah Belum Teratasi	
Senin 10/04/2023 10.30	Defisit Pengetahuan	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mengerti sebagian tentang penyakitnya dan cara perawatannya 2. Klien masih bingung apa yang harus dilakukan dengan penyakitnya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien kooperatif 2. Klien aktif bertanya 3. Klien sangat antusias dan mampu menerima informasi dengan baik <p>A : Defisit Pengetahuan</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan 3. Lakukan penyuluhan 4. Evaluasi pengetahuan <p>E : Masalah belum teratasi</p>	Sania Artyandi Cahya
Senin 10/04/2023 10.35	Resiko Jatuh	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien Mengatakan aktivitas di lakukan sendiri terkadang oleh suaminya 2. Klien mengatakan sudah memakai alas kaki 3. Klien juga mengatakan berdiri dan berjalan harus perpegangan 4. klien mengatakan masih melakukan aktivitas yang berat walaupun sesekali dibantu <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sudah menggunakan alas kaki 2. Klien nampak sangat hati hati dalam berjalan 3. Nampak lantai sedikit licin 4. Toilet tampak masih licin <p>A : Resiko Jatuh</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan yang 3. Meningkatkan faktor resiko jatuh <p>E : Masalah belum teratasi</p>	Sania Artyandi Cahya

Tabel 3.11 : Catatan Perkembangan Hari Ke-2

Hari/tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf				
Selasa 11/04/2023 11.00	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih sedikit sulit , kaku dan lemas pada saat digerakan Klien mengatakan kaki kanan dan tangan kanan masih terasa berat pada saat melakukan mobilisasi Klien mangatakan aktivitas di bantu oleh suaminya Klien mengatakan lebih sering melakukan mobilisasi ROM dan terapi menggenggam bola <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien nampak mengerjakan kaki kanan dan tangan kanan Klien nampak sedang melakukan terapi menggeng bola dengan menggerakkan jari-jarinya mengepal. TTV TD : 140/90 N : 98x/menit RR : 20x/menit SPO2 : 99% S : 37 Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Gangguan mobilitas fisik P : Lanjutkan intervensi I :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Ajarkan melalukan pergerakan (ROM) Lakukan latihan mobilisasi dengan terapi megenggam bola <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	3	5	4	5	Sania Artyandi cahya
3	5						
4	5						
Selasa 11/04/2023 11.20	Defisit Pengetahuan	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah paham tentang penyakitnya Klien sudah sedikit mengerti apa yang hrus dilakukan dengan penyakitnya Klien mencoba melakukan perawatan stroke di rumah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien nampak bertanya 	Sania Artyandi cahya				

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Klien nampak bersemangat dan antusias 3. Klien nampak memperhatikan dan kooperatif 4. Klien mampu sedikit-sedikit menyebutkan apa yang telah di jelaskan <p>A: Defisit Pengetahuan P : Pertahankan Intervensi I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kemampuan pendidikan kesehatan <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	
Selasa 11/04/2023 11.35	Resiko Jatuh	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan aktivitas dilakukan oleh suaminya 2. Klien mengatakan ketika berpindah dengan bantuan berpegangan 3. Klien mengatakan tidak lagi melakukan aktivitas berat 4. Klien hanya melakukan aktivitas yang ringan-ringan <p>O</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien nampak selalu menggunakan alas kaki yang tidak licin 2. Klien nampak berlebih berhati hati <p>A: Resiko Jatuh P : Pertahankan Intervensi I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 2. Monitor kemampuan berpindah <p>E : masalah teratasi sebagian</p>	Sania Artyandi cahya

Tabel 3.12 ; Catatan Perkembangan Hari Ke-3

Hari/tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
Rabu 12/04/2023 11.00	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mangatakan paham tentang manfaat dari latihan ROM dan terapi menggengam bola 2. Klien mengatakan sedikit-sedikit bisa menggerakkan tangan kanan secara perlahan-lahan 3. Klien mangatakan tangan kanan dan kaki kanan masih terasa kaku dan berat pada saat digerakan 	Sania Artyandi cahya

		<p>4. Klien mengatakan akan tetap berusaha dan lebih sering melakukan latihan ROM dan terapi menggenggam tangan .</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan mandiri ketika latihan ROM 2. Nampak berjalan dengan di seret dan berpegangan 3. TTV TD : 140/90 N : 90 x/menit RR : 20 x/menit SPO2 : 99% S :37 4. Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">3</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>A :Gangguan Mobilitas Fisik P: Lanjutkan Intervensi I : 1. Lakukan latihan ROM dan terapi menggenggam bola E : Masalah teratasi sebagian</p>	3	5	4	5	
3	5						
4	5						
Rabu 12/04/2023 11.30	Defisit Pengetahuan	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah paham tentang penyakitnya 2. Klien mengatakan sudah mengerti tentang yang yang harus di lakukan dengan penyakitnya dan cara perawatannya 3. Klien sudah mencoba mengikuti anjuran yang telah di jelaskan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien nampak antusias dan bersemangat 2. Pengetahuan klien bertambah 3. Klien mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya 4. Klien nampak memperhatikan. <p>A : Defisit Pengetahuan P : Pertahankan Intervensi I : - E : Masalah teratasi</p>	Sania Artyandi cahya				
Rabu 12/04/2023 11.40	Resiko Jatuh	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak lagi melakukan aktivitas berat 2. Klien mengatakan apa yang harus dilakukan tentang lingkungan rumah agar menghindari resiko jatuh 	Sania Artyandi cahya				

3. Klien juga sudah melakukan anjuran dalam menghindari resiko jatuh, WC sudah tidak licin dan memakai sandal

4. Klien mengatakan ketika berjalan dan berpindah dengan bantuan berpegangan tetapi lebih hati hati

O :

1. Klien nampak berjalan dengan menyeret kakinya

2. Klien nampak berpegangan ketika berpindah

3. Klien nampak lebih berhati hati

4. Klien nampak selalu menggunakan alas kaki

A : Resiko Jatuh

P : Pertahankan intervensi

I :

1. Monitor berpindah klien

E : Masalah Teratasi

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis membandingkan antara teori dan asuhan keperawatan di lapangan terhadap Ny.Y dengan Stroke pada Katz Indeks E Kp. Picung RT 04 / RW 10 Ds. Kresek Kec.Cibatu Kab.Garut selama enam hari yaitu dari tanggal 6 April s/d 12 April 2023 dengan memperhatikan menganalisa dan tinjauan kasus dengan tinjauan teoritis. Dari hasil perbandingan akan muncul kesenjangan kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan, maka perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Selama melakukan pengkajian sampai dengan evaluasi didapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala gejala yang timbul oleh klien. Dimana penggunaan asuhan keperawatan dapat membantu dalam melakukan praktek keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, sistematis dan terorganisasi yang melalui tahapan - tahapan :

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis melakukan anamnesa baik kepada klien, keluarga, maupun pihak Puskesmas mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, alasan masuk, riwayat kesehatan, factor predisposisi serta melakukan pemeriksaan fisik, pengkajian fungsional diantaranya yaitu : KATZ indeks dan Barthel Indeks, pengkajian status mental meliputi : Short portable mental status question (SPSMSQ) dan Mini mental status exam (MMSE), serta perngkajian keseimbangan. Pada pengkajian yang dilakukukan bahwa Ny. Y usia 60 tahun mengeluh mengalami kelemahan anggota tubuhnya saja.

Menurut Muttaqin (2012) dan Padila (2012) kesimpulan pada tahap pengkajian yang umumnya didapatkan pada klien dengan stroke diantaranya adalah adanya riwayat masalah kesehatan yang sebelumnya seperti hipertensi, DM, kolesterol, penyakit jantung, serta riwayat penyakit stroke; klien memiliki resiko berdasarkan faktor genetik dari garis keturunan keluarga sebelumnya yang memiliki riwayat penyakit stroke dan beberapa penyakit yang menjadi faktor resiko stroke; saat dikaji didapatkan hasil adanya penurunan kesadaran sampai dengan koma, kelumpuhan pada anggota gerak, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dengan baik, nyeri kepala hebat, mual muntah, penurunan nafsu makan, inkontinensia alvi, kejang, peningkatan TD, kekuatan otot 0 pada ekstremitas yang sakit, pemeriksaan refleks didapatkan hasil yang positif, adanya perubahan status mental yang dapat dilihat dari perubahan gaya

bicara, penampilan, serta tingkah laku; fungsi intelektual menurun; kemampuan bahasa (afasia, disartria, atau disfomia); refleks sensorik mengalami penurunan fungsi; inkontinensia urine, kesulitan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, serta ketidakmampuan mengendalikan kandung kemih; kulit pucat, turgor kulit buruk; penurunan fungsi pada nervus II (disfungsi persepsi visual); nervus III, IV, dan V (adanya gerakan konjungat unilateral); nervus VI (adanya penyimpangan rahang bawah, penurunan kemampuan mengunyah makanan); nervus VII (wajah ansimetris); nervus VIII (kemampuan menelan menurun, adanya kesulitan membuka mulut); nervus IX (lidah simetris, serta terdapat deviasi kesisi yang sakit). Berdasarkan beberapa hasil pemeriksaan tersebut biasanya klien dengan stroke mengalami kecemasan terhadap penyakitnya, serta dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari biasanya dibantu oleh keluarga baik itu sebagian maupun total.

Berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan di lapangan pada tanggal 08 april 2023 pada kasus Ny.Y dengan Stroke pada Katz Indeks E di Kp. Cipicung Desa Kresek Kec. Cibatu Kab. Garut. data yang ditemukan yaitu mengalami sulit bergerak, sesuai dengan pendapat Muttaqin (2012) dan Padila (2012) diantaranya adalah: klien mengalami kesulitan menggerakkan anggota badan yaitu tangan dan kaki sebelah kanan ; TD 150/100 mmHg; refleks babinski (+-), kekuatan otot ekstremitas atas (3|5). kekuatan otot ekstremitas bawah (4|5).

Data yang terdapat pada Muttaqin (2012) dan Padila (2014) sedangkan tidak ditemukan pada klien Ny.Y adalah tidak dapat berkomunikasi, dan lebih sering diam pada saat di ajak berkomunikasi, inkontinensia alvi, disfungsi pada nervus II (disfungsi persepsi visual), disfungsi nervus V (penyimpangan rahang bawah), disfungsi nervus VII (wajah ansimetris),

2. Diagnosa Keperawatan

Penulis juga dapat menganalisa masalah dan merumuskan masalah serta memprioritaskan masalah kesehatan dan yang selanjutnya membuat diagnose keperawatan. Dalam tinjauan teoritis diagnosa keperawatan yang muncul pada klien stroke menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

- a. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nerfus hipoglosus (D.0019)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)
- c. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0109)
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. (D.0119)
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif kurangnya informasi (D.0111)
- f. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gejala pasca stroke (D.0109)

Setelah dilakukan tahapan pengkajian kepada Ny. Y berdasarkan analisa data yang di peroleh terdapat beberapa masalah keperawatan yaitu : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, deficit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dan resiko Jatuh berhubungan dengan kelemahan anggota gerak

Kesenjangan yang terjadi pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yaitu klien tidak mengalami defisit nutrisi, gangguan komunikasi verbal dan defisit perawatan diri karena tidak ditemukan data subjektif maupaun objektif yang menunjuk pada masalah keperawatan tersebut.

3. Tahapan Perencanaan

Tahapan perencanaan yaitu tahap lanjut dari diagnosa keperawatan dimana dalam perencanaan akan menentukan keberhasilan atau tidaknya suatu asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Kegiatan dimulai dari menetapkan prioritas masalah , perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil, serta rencana tindakan sesuai dengan kondisi klien dan rasional nya menggunakan SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant dan Timebound). Didalam menentukan tindakan keperawatan , penyusunan merencanakan beberapa tindakan yang sesuai dengan data yang didapatkan pada saat pengkajian dan apa yang menjadi keluhan dari klien dan dengan mengikut sertakan klien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sehingga tidak ada kesulitan penyusun dalam melakukan tindakan keperawatan kepada klien dan keluarganya.

Adapun intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Ny.Y yakni:

a. Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut (SDKI DPP PPNI, 2017) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan gangguan mobilitas fisik adalah : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor toleransi fisik kemampuan melakukan pergerakan, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Monitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi, Libatkan keluarga untuk membantu dalam meningkatkan pergerakan dan aktivitas (mis.ROM, ADL), Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Ajarkan latihan ROM, Serta kolaborasi dengan ahli terapi untuk latihan fisik. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan tujuan hasil meningkatkan pergerakan ekstremitas.

b. Defisit Pengetahuan

Menurut (SDKI DPP PPNI, 2017) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah defisit pengetahuan adalah : identifikasi kesiapan dan kaji tingkat kemampuan klien tentang penyakit stroke, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan pendidikan kesehatan tentang penyakit stroke meliputi pengertian, penyebab, komplikasi, pencegahan makanan yang dianjurkan dan dihindari bagi penderita stroke, cara perawatan stroke dirumah , pengobatan

tradisional dan manfaat dari pergerakan yaitu ROM, berikan kesempatan untuk bertanya. Ajarkan perilaku hidup sehat.

Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan tujuan hasil klien bisa lebih memahami pengetahuan tentang kondisi penyakit stroke.

c. Resiko Jatuh

Menurut (SDKI DPP PPNI, 2017) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah resiko jatuh adalah : indentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, pasang handrail tempat tidur, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh , anjurkan untuk tidak melakukan aktivitas berat

4. Tahapan Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi semua rencana yang sudah dibuat bisa di implmentasikan sesuai perkiraan diawal untuk mencapai tujuan yang di harapkan. Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan pada Ny.Y yakni :

a. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Untuk mengatasinya maka di lakukan implementasi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Mengidentifikasi intoleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor ttv sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan

mobilisasi, mengajarkan melakukan latihan pergerakan (Latihan ROM aktif dan pasif) ,Mengajarkan melakukan mobilisasi pergerakan dengan cara menggenggam bola, Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Implementasi tersebut merupakan tindakan fokus yang meningkatkan pergerakan ekstremitas dan meningkatkan kekuatan otot.

Adapun implementasi yang tidak dilakukan sesuai dengan intervensi pada tahap sebelumnya untuk diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah kolaborasi dengan ahli untuk latihan fisik, hal tersebut di karenakan belum adanya SDM ahli terapi khusus yang mendukung terhadap terlaksananya implementasi tersebut

- b. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Untuk mengatasinya maka dilakukan implementasi mengkaji tingkat kemampuan klien tentang penyakit stroke dan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit stroke. Sehingga Ny.Y bisa menambah ilmu tentang kondisi penyakitnya meliputi pengertian, penyebab, pencegahan, perawatan dan menjelaskan makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari oleh penderita stroke, terapi mobilitas, mempraktekan / menjelaskan cara pengobatan tradisional dan mengajarkan cara hidup sehat. Implementasi tersebut merupakan domain fisiologis dasar yang mencakup cara perawatan dan pencegahan stroke.

Dalam hal ini implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi pada tahap sebelumnya hal tersebut sangat mendukung karena dengan kunjungan rumah sebanyak 5 kali dengan memberikan edukasi tentang penyakit klien memahami tentang penyakitnya.

c. Resiko Jatuh berhubungan dengan kelemahan anggota gerak

Untuk mengatasinya maka dilakukan implementasi Mengidentifikasi faktor resiko jatuh, Mengidentifikasi resiko jatuh, Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Mengajukan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh , Mengajukan untuk tidak melakukan aktivitas berat. Implementasi tersebut merupakan untuk mencegah jatuh.

Adapun implementasi yang tidak dilakukan sesuai dengan intervensi pada tahap sebelumnya adalah kolaborasi dengan ahli untuk latihan fisik dan memasang handrail di tempat tidur klien hal tersebut di karenakan dalam pemasangan handrail ditempat tidur tidak memungkinkan karena klien memakai tempat tidur yang biasa seperti umumnya dan belum adanya SDM ahli terapi khusus yang mendukung terhadap terlaksananya implementasi tersebut .

5. Tahapan Evaluasi

Pada tahap ini penyusun melakukan penilaian terhadap asuhan keperawatan yang di berikan selama 3 hari pada Ny.Y dengan Stroke dimulai pada tanggal 10 – 12 April 2023. Untuk memantau setiap

perkembangan serta melaksanakan tindakan keperawatan yang Ny.Y.

Dari ketiga diagnosa yang telah penulis susun tersebut 3 diagnosa keperawatan teratasi, yaitu : defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dan resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan anggota gerak, adapun diagnosa yang belum teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot

Dikarenakan dalam malatih pergerakan anggota tubuh membutuhkan waktu yang cukup lama untuk pemulihan.

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. SIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan stroke katz indeks E di Kampung Cipicung RT 004 RW 010 Desa Kresek Kecamatan Cibatu Kabupaten Garut dari tanggal 06 April 2023 sampai dengan 12 April 2023 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada tahap pengkajian penulis menemukan data-data yang timbul pada Ny.Y dengan stroke yaitu beberapa anggota badan klien terutama di tangan kanan dan kaki kanan sulit digerakan terasa kaku dan berat pada saat beraktivitas didapatkan hasil KATZ Indeks E dimana Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari kecuali mandi, berpakaian, dan pergi ke toilet.
2. Melalui data-data yang telah terkumpul selanjutnya penulis menganalisis data dan menentukan masalah atau diagnosa keperawatan, berdasarkan hasil analisa data ditemukan masalah keperawatan pada Ny.Y yaitu Gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan, dan resiko jatuh.
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan yang sesuai prioritas masalah dan kebutuhan yang ditemukan dengan masalah keperawatan yang timbul pada Ny.Y dengan stroke katz indeks E, adapun rencananya yaitu melatih ROM aktif dan pasif, dan memberikan

pendidikan kesehatan tentang pengertian, penyebab, pencegahan, perawatan dan menjelaskan makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari oleh penderita stroke, indentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan untuk tidak melakukan aktivitas berat.

4. Tahap pelaksanaan yang dilakukan meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Secara umum tahap pelaksanaan dilakukan dengan baik yaitu sesuai dengan perencanaan yang dibuat meskipun ada beberapa hambatan yang didapat karena keterbatasan sumber daya yang ada. Namun, sikap kooperatif dari klien dan keluarga yang memudahkan penulis untuk mengatasi hal tersebut. Dengan menggunakan Bahasa yang mudah dimengerti, ditunjang dengan dokumentasi serta penyampaian informasi yang telah dipahami, maka klien memahami penjelasan penulis dengan baik..
5. Pada saat penulis melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk masalah gangguan mobilitas fisik didapatkan hasil masalah teratasi sebagian, defisit pengetahuan didapatkan hasil masalah teratasi, resiko jatuh didapatkan hasil masalah teratasi.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan stroke secara sistematis dan komprehensif serta menyusunnya dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. REKOMENDASI

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada Ny.Y secara sistematis dan komprehensif penulis akan mengemukakan beberapa saran yang tentunya bersifat membangun ke arah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait.

Saran-saran tersebut diantaranya ditunjukkan kepada:

1. Bagi Pembaca

Hasil keperawatan ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi pembaca dalam pembuatan asuhan keperawatan lansia dengan penyakit Stroke.

2. Bagi Ny.Y

Diharapkan klien dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan sekitar secara teratur minimal 1 bulan sekali, Ny.Y dapat memanfaatkan waktu luang dengan melakukan kontrol tentang status kesehatan klien, serta mempertahankan latihan Rom aktif dan pasif dan terapi mengenggam bola dengan dibantu oleh anggota keluarganya, jika perlu lebih ditingkatkan lagi, agar tujuan diperoleh tidak hanya sesaat, melainkan tetap bisa mempertahankannya untuk mendapat kondisi yang lebih baik dalam meningkatkan status kesehatan Ny.Y.

3. Bagi Puskesmas

Perlu lebih meningkatkan dalam pelayanan kesehatan tidak hanya mengadakan senam lansia seminggu sekali saja, perlu adanya juga seperti menganjurkan klien untuk melakukan latihan ROM dan selalu

memberikan pendidikan kesehatan pada klien agar bermanfaat dan menambah penerahuan klien dengan diharapkan dapat membantu klien dalam melaksanakan perawatan mandiri atau membantu proses pemulihan klien

4. Bagi institut pendidikan

Dikarenakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan buku perpustakaan dilengkapi sebagai bahan perbandingan di lapangan dan sebagai *literature*.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, R.Abdullah, D., Sjaaf, F., & Purnama Dewi, N. (2020) *Pelatihan Deteksi Dini Stroke "Metode Fast" Pada Lansia Di Nagari Jawijawi Kabupaten Solok Sumatera Barat*. Seminar Nasional ADPI Mengabdikan Untuk Negeri1(1)25- 32<https://doi.org/10.47841/adpi.v1i1.19>
- American Heart Association (AHA), 2017, Health Care Research: Coronary Heart Disease
- Amin Huda, H. K. 2015. *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC Edisi Revisi Jilid 2*. Jogjakarta: Mediacation Publishing.
- Azizah, L., M. (2012). *Keperawatan lanjut usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Esti, A., & Johan, R. T. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Aspek Stroke*. Padang: Pustaka Galeri Mandiri
- Lindsay MP, Norring B, Sacco RL., et al., *World Stroke Organization (WSO) Global Stroke Fast Sheet 2019*. Int J Stroke.(2019);14(8):806-817.
- Muhith & Siyoto. 2016. *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: CV Andi Offs
- Nugroho, w. (2016). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Edisi 3. Jakarta : EGC, 2008
- Nursalam. (2013). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : Selembah Medika
- Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha medika
- Pradesti, A., & Indriyani, P. (2020). *Pengaruh Latihan Range of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Dengan Stroke*. Journal of Nursing and Health, 5(2), 95–99. <https://doi.org/10.52488/jnh.v5i2.12>
- Praditiya. (2017). *Upaya peningkatan untuk diharapkan institusi dapat Kesehatan (2018).Republik PotretIndonesia 2018. dari Sehat mobilitas fisik pada pasien stroke*. In Institutional Repository. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

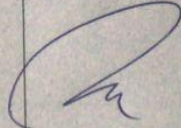
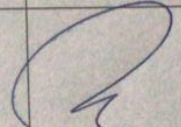
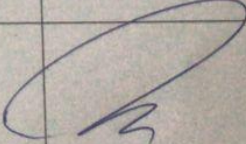
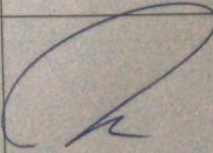
- Purwani. (2017). *Stroke's Home Care: Pencegahan, Penanganan, dan Perawatan Stroke Keluarga*. (O. Sony Adam, Zainuddin, Mustika Putri, Oels, Ed.) (1st ed., Vol.1). Yogyakarta.
- Puskesmas Cibatu (2022)
- Rahmadani, E., & Rustandi, H. (2019). *Peningkatan kekuatan otot pasien stroke non hemorhagic dengan hemipharese melalui latihan Range of Motion (ROM) pasif*. 1, 354–363.
- Ratnawati, Emmelia (2017). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : pustaka Baru press.
- Riskesdas. (2018). Riset Kesehatan Dasar Badan Penilaian dan Pengembangan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sumarni, E., Mamlukah, M., Suparman, R, Ropii, A., Lukman, M., Jamaludin, J., & Sudrajat, C. (2021) *Analisis Pengaruh Terapi Senam Anti Stroke Sebagai Upaya Non Farmakologi Menurunkan Tekanan Darah Pada Lanjut Usia (Lansia) Dengan Hipertensi Ringan* *Journal of Public Health Innovation*, 1(2), 133-141 <https://doi.org/10.34305/jphi.v1i2.300>
- Sunaryo, Wijawayanti, R., Kuhu, M.M., Sumedi, T., Widayanti, E. D., Sukrillah, U.A., Riyadi. S., & Kuswati A., (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. CV Andi. Yogyakarta.
- Susilo, Catur Budi. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah : Persarafan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.
- World Health Organization. (2016). *Tobacco & stroke*. Geneva: World Health Organization.
- Yueniwati, Y. (2016). *Pencitraan Pada Stroke*. Malang, Indonesia: UB Press.
- Yueniwati, Y. (2017). *Deteksi Dini Stroke iskhemia Dengan pemeriksaan Ultrasonografi Vaskular dan variasi genetika*. Malang: Universitas Brawijaya Press.

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama mahasiswa : Sania Artyandi Cahya

NIM : KHGA20125

Nama pembimbing : Elang M. Atoilah, S.Sos.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Saran pembimbing	Paraf mahasiswa	Paraf pembimbing
1.	24/Mei/2023	BAB I	- Sistematika Penulisan - Percamaan Persepsi - Pengarahan Umum	Sub	
2.	29/Mei/2023	Revisi BAB I	- Data Prevalensi jabar - Kurang Materi	Sub	
3	5/Juni/2023	Bimbingan online Revisi BAB I Lanjut BAB II	- Perbaiki Penulisan - Data kasus Stroke di Indonesia	Sub	
4.	12/Juni/2023	BAB I dan BAB II Revisi Lanjut BAB III	- Penetapan dan diagnosa disarankan - Data kasus lengkap	Sub	

5.	17/ Juni /2023	Bimbingan Online revisi Bab 3	- tambahkan Pembahasan - Diagnosa disatukan dengan Penetapan	Suf	
6.	26/ Juni /2023	Lanjut BAB 4 lengkapi	- Cover - Daftar Isi, daftar Pustaka - Kata Pengantar	Suf	
7.	26/ Juni /2023	Revisi BAB 4 Kesimpulan dan Rekomendasi	lengkapi Kesimpulan dan rekomendasi	Suf	
8.	02/ Juli /2023 4/7 04/ Juli /2023	Bimbingan online BAB 1-4 + Cover dan	- Abstrak - Daftar Pustaka - Daftar Isi - Acc	Suf	