

## **BAB II TINJAUAN TEORI**

Membahas mengenai landasan teori yang mendukung dalam penelitian ini, yakni: konsep dasar lansia, konsep dasar stroke, konsep keluarga, konsep mobilisasi, konsep ROM, dan asuhan keperawatan teoritis.

### **A. Konsep Dasar Lansia**

#### **1. Pengertian Lansia**

Lansia merujuk kepada individu yang telah berusia 60 tahun ke atas. Lansia adalah kelompok usia manusia yang telah mencapai tahap akhir dalam perjalanan hidupnya. Pada kelompok yang digolongkan sebagai lansia ini, akan berlangsung suatu proses yang dikenal dengan istilah Proses Penuaan atau Aging Process. Individu yang telah mencapai usia lanjut sering mengalami berbagai penurunan, termasuk dalam aspek fisik dan biologis, keadaan mental, serta perubahan dalam konteks sosial (Dessy et al., 2024).

Lansia merupakan fase akhir dari perjalanan hidup yang dicirikan oleh berkurangnya kemampuan tubuh dalam menyesuaikan diri terhadap tekanan lingkungan. Lansia adalah kondisi yang ditandai oleh ketidakmampuan individu untuk mempertahankan keseimbangan di tengah situasi stres fisik (Putri, 2020).

Lansia, memiliki beberapa definisi WHO sebagai lembaga kesehatan dunia di bawah PBB menjelaskan lansia dengan empat kategori. Kategori pertama adalah usia antara 45 hingga 59 tahun, yang dianggap sebagai usia pertengahan. Kategori kedua mencakup usia 60 hingga 74 tahun, yang masuk dalam kelompok lanjut usia. Kemudian, usia 75 hingga 90 tahun disebut sebagai lanjut usia tua. Akhirnya, individu yang berusia di atas 90 tahun dikategorikan sebagai sangat tua (Nugroho, 2020).

#### **2. Batasan Lansia**

Lansia dapat diklasifikasi menjadi dua kategori, yaitu lansia yang memiliki potensi dan lansia yang tidak memiliki potensi. Lansia yang

memiliki potensi adalah mereka yang masih aktif dan mampu bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidupnya, sementara lansia yang tidak memiliki potensi adalah mereka yang tidak dapat mencari nafkah dan

bergantung pada bantuan orang lain untuk hidup (Sukmawati et al., 2024).

Menurut (Puspitasari et al., 2024), kategori lanjut usia terdiri dari:

- a. Usia menengah (*middle age*), yang mencakup rentang umur (45-59 tahun).
- b. Lanjut usia (*elderly*) pada rentang (60-74 tahun).
- c. Lanjut usia (*old*) di antara (75 dan 90 tahun).
- d. Usia sangat tua (*very old*) yaitu di atas 90 tahun.

### 3. Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Seiring bertambahnya umur, proses penuaan membawa sejumlah perubahan yang dialami oleh orang yang lebih tua. Perubahan yang paling umum dan paling mudah terlihat adalah yang berkaitan dengan fisik, namun juga terdapat perubahan dalam aspek kognitif, emosional, sosial, dan seksual menurut (Widhawati et al., 2024) perubahan yang terjadi pada lansia meliputi :

#### a. Perubahan fisik

##### 1) Sistem Indra

Sistem pendengaran masalah pada pendengaran yang sering disebut dengan prebiakusis adalah perubahan fisik yang umum terjadi pada orang tua. Sekitar setengah dari kasus Prebiakusis muncul pada individu yang berusia di atas 60 tahun. Prebiakusis disebabkan oleh kehilangan atau penurunan kemampuan mendengar yang berhubungan dengan telinga bagian dalam, yang mengakibatkan individu mengalami kesulitan dalam mendengar suara-suara tinggi, suara yang kurang jelas, dan kata-kata yang sulit dipahami.

##### 2) Sistem Integumen

Sistem integumen pada orang tua mengalami penggerusan, menjadi longgar, kurang elastis, kering, dan berkerut. Kulit akan terlihat lebih tipis dan muncul bercak karena kulit kekurangan kelembapan. Penyusutan kelenjar

sebacea dan kelenjar keringat adalah faktor yang menyebabkan kekeringan pada kulit, serta munculnya pigmen cokelat di kulit yang dikenal sebagai bercak hati.

3) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan yang terjadi pada sistem muskuloskeletal pada lansia terutama terjadi pada jaringan penghubung berupa elastin dan kolagen, kartilago, sendi, otot, tulang serta jaringan pengikat.

4) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler yang dialami oleh sebagian besar lansia ialah bertambahnya massa jantung, hipertropi pada ventrikel kiri yang menyebabkan berkurangnya peregangan jantung, hal ini dapat terjadi disebabkan oleh adanya perubahan pada jaringan ikat. Hal ini berkaitan dengan adanya penumpukan lipofusin, *SA Node* yang terklasifikasi dan perubahan jaringan konduksi menjadi jaringan ikat.

5) Sistem Respirasi

Perubahan pada jaringan ikat di paru, kapasitas total paru tetap dan penambahan volume cadangan paru merupakan kompensasi yang dilakukan oleh paru terhadap kenaikan ruang paru yang menyebabkan udara yang mengalir ke paru berkurang merupakan perubahan pada sistem respirasi yang terjadi terhadap lansia. Selain itu otot, kartilago, dan sendi torak yang juga ikut mengalami perubahan menyebabkan gangguan pada pergerakan pernapas dan kemampuan torak untuk merenggang berkurang.

6) Pencernaan dan metabolisme

Pada lansia perubahan yang terjadi di sistem pencernaan biasanya berupa penurunan produksi yang merupakan tanda dari adanya kemunduran fungsi pada lansia. Kehilangan gigi,

penurunan kepekaan indera pengecap dan rasa lapar, berkurangnya ukuran hati serta penurunan ruang tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah juga menjadi bagian dari perubahan metabolisme yang terjadi pada lansia.

7) Sistem Perkemihan

Perubahan yang signifikan pada lansia yaitu terjadi pada sistem perkemihan. Terdapat beberapa organ yang mengalami kemunduran fungsi seperti laju filtrasi, reabsorpsi ginjal, dan juga ekskresi.

8) Sistem saraf

Perubahan progresif pada anatomi dan atropi yang terjadi di serabut saraf lansia merupakan perubahan sistem saraf yang ada pada lansia. Hal ini menyebabkan terjadinya penurunan koordinasi serta kemampuan melakukan kegiatan sehari - hari pada lansia.

9) Sistem reproduksi

Mengecilnya ukuran ovarium dan uterus serta atropi payudara menjadi tanda dari adanya perubahan pada sistem reproduksi lansia. Pada lansia yang berjenis kelamin laki laki biasanya testis masih mampu memproduksi sperma meskipun terjadi penurunan yang perlahan.

b. Perubahan Kognitif

Daya Ingat (*Memory*), IQ (*Intellegent Quotient*), Kemampuan Belajar (*Learning*), Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*), Pemecahan Masalah (*Problem Solving*), Pengambilan Keputusan (*Decision Making*), Kebijaksanaan (*Wisdom*), Kinerja (*Performance*), Motivasi (*Motivation*).

c. Perubahan psikologis

1) Kesepian

Kesepian kerap kali dirasakan oleh lansia terutama ketika pasangan atau kerabat terdekat meninggal. Penurunan

kesehatan dapat memperparah kondisi ini seperti gangguan mobilitas atau sensorik utamanya pendengaran.

2) Duka cita (*Bereavement*)

Kepergian pasangan, kerabat terdekat atau bahkan hewan peliharaan dapat mengganggu kondisi jiwa lansia yang telah rapuh. Hal ini dapat menjadi penyebab terjadinya gangguan kesehatan serta fisik pada lansia.

3) Depresi

Kesedihan yang berkelanjutan serta perasaan kesepian yang diikuti dengan kondisi dimana lansia ingin menangis terus menerus dapat menjadi tanda terjadinya episode depresi. Selain dari faktor kesedihan yang berkelanjutan, stres terhadap lingkungan dan penurunan kemampuan adaptasi dapat memicu terjadinya depresi pada lansia.

4) Gangguan Cemas

Gangguan cemas dapat dibagi kedalam beberapa bagian antara lain fobia, gangguan cemas umum, panik, gangguan stres pasca trauma dan gangguan obsesif kompulsif. Gangguan gangguan tersebut memiliki keterkaitan dengan penyakit, depresi, bahkan efek samping dari pengobatan yang dilakukan atau berupa gejala dari pemberhentian pengobatan secara mendadak.

5) Parafrenia

Adanya waham (curiga) menjadi tanda utama skizofrenia pada lansia. Hal ini dapat berupa perasaan curiga bahwa orang terdekatnya akan melakukan tindakan jahat kepadanya. Biasanya terjadi pada lansia yang menarik diri dari lingkungan sosial sekitarnya.

6) Sindroma Diogenes

Sindroma diogenes merupakan suatu kondisi kelainan dimana terjadi penampilan atau perilaku pada lansia yang

sangat mengganggu. Misal keadaan rumah sangat kotor bahkan berbau dikarenakan lansia gemar bermain menggunakan kotorannya sendiri atau lansia kerap kali menata barang sembarang tempat sehingga rumah menjadi berantakan. Hal ini terus terjadi berulang kali sekalipun telah dibersihkan.

#### 4. Masalah yang Sering Dihadapi oleh Lansia

Masalah yang dihadapi oleh individu yang berusia lanjut sering kali muncul akibat proses penuaan yang mengakibatkan penurunan fungsi dalam sistem tubuh, yang pada gilirannya dapat menurunkan kesehatan psikologis dan sosial setelah mencapai tahap optimal dalam pertumbuhan dan perkembangan. Kondisi psikologis seperti depresi, kecemasan, dan demensia dapat berdampak pada pola makan lansia (Sudargo *et al.*, 2021).

Menurut Sudargo *et al* (2021) terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi kesehatan mental lansia, antara lain.

##### a. Penurunan kondisi fisik

Penurunan fisik pada orang tua meningkat secara signifikan. Penurunan ini dapat mengakibatkan gangguan atau disfungsi dalam aspek fisik, mental, dan sosial, yang pada gilirannya dapat menimbulkan ketergantungan pada orang lain. Penurunan massa otot dan kekuatan otot paling terlihat pada orang lanjut usia. Oleh karena itu, orang tua sebaiknya mengurangi kegiatan fisik yang berat dan berusaha untuk mengelola gaya hidup mereka dengan lebih baik.

##### b. Penurunan fungsi kognitif dan psikomotorik

Salah satu tantangan utama yang dialami oleh orang tua adalah penurunan dalam fungsi kognitif, yang selanjutnya dapat memengaruhi cara mereka berinteraksi dengan lingkungan tempat tinggal, anggota keluarga lain, serta cara mereka beraktivitas sosial. Fungsi kognitif melibatkan proses belajar, pemahaman, persepsi, perhatian, dan pengertian. Sementara itu, fungsi psikomotorik

berkaitan dengan tindakan yang mencakup gerakan, aktivitas, dan koordinasi. Penurunan kemampuan psikomotor mengakibatkan orang tua menjadi kurang gesit. Selain itu, penurunan kemampuan kognitif sering terlihat sebagai lupa yang sering diungkapkan oleh lansia berusia 50-59 tahun. Gangguan kognitif yang paling serius adalah demensia. Demensia diartikan sebagai penurunan kemampuan intelektual yang berat dan berlangsung terus-menerus, mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, serta kegiatan sehari-hari individu.

c. Penurunan kemampuan dan potensi seksual

Penurunan kemampuan dan potensi seksual terkait dengan berbagai masalah kesehatan, seperti gangguan jantung, gangguan metabolisme (diabetes), vaginismus, pascaoperasi, kurang gizi, dan penggunaan beberapa jenis obat. Bagi lansia, penurunan kemampuan dan potensi seksual juga dipengaruhi oleh sejumlah faktor psikologis, antara lain:

- 1) Perasaan tabu atau malu,
- 2) Sikap dari keluarga dan masyarakat yang kurang mendukung dan diperkuat oleh tradisi dan budaya
- 3) Kelelahan serta perasaan jenuh
- 4) Kehilangan pasangan hidup yang telah meninggal

## **B. Konsep Dasar Stroke**

### 1. Definisi Stroke

Stroke adalah gangguan neurologis yang disebabkan oleh masalah pada aliran darah ke otak, dan ini mengakibatkan kerusakan pada pembuluh darah di area tersebut, seringkali berlangsung lebih dari 24 jam. Kejadian stroke disebabkan oleh sumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang mengalirkan darah dan oksigen ke otak, dan kekurangan oksigen tersebut mengakibatkan hilangnya kemampuan kontrol gerakan tubuh yang diatur oleh otak (Asri Kusyani, Bayu Akbar Khayudin, 2022).

Stroke atau masalah aliran darah di otak (GPD) adalah penyakit saraf yang biasa terjadi dan memerlukan penanganan yang cepat dan efektif. Stroke adalah sesuatu yang terjadi secara tiba-tiba yang disebabkan oleh masalah dalam aliran darah di otak, dan bisa menimpa siapa saja tanpa memandang waktu. Penyakit ini merupakan penyebab utama keterbatasan fisik seperti kelumpuhan anggota tubuh, kesulitan berbicara, kesulitan berpikir, masalah memori, serta berbagai tipe ketidaknormalan lainnya yang diakibatkan oleh gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2018).

## 2. Klasifikasi Stroke

Menurut Susilawati et al., (2024) jenis-jenis stroke meliputi:

### a. Stroke Hemoragik

Ini adalah jenis stroke yang muncul akibat terjadinya pecah pada pembuluh darah. Pendarahan di otak terjadi dalam berbagai kondisi yang mempengaruhi pembuluh darah, termasuk:

- 1) Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol (hipertensi).
- 2) Terlalu banyak mengonsumsi antikoagulan (pengencer darah).
- 3) Kelemahan pada dinding pembuluh darah (aneurisma).

Stroke hemoragik terbagi menjadi dua tipe, yaitu:

#### (a) Hemoragik intraserebral

Pendarahan ini terjadi ketika pembuluh darah di dalam otak pecah dan darah menyebar ke jaringan otak di sekitarnya, menyebabkan kerusakan pada sel-sel otak.

#### (b) Hemoragik Subarakhnoid

Pendarahan ini biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri di dasar otak. perdarahan subarakhnoid adalah perdarahan yang terjadi di ruang subarakhnoid (ruang sempit yang terletak antara permukaan otak dan jaringan yang melindungi otak).

b. Stroke Iskemik

Stroke iskemik terjadi Ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemia). Stroke iskemik dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1) Stroke trombotik

Stroke trombotik terjadi ketika gumpalan darah (trombus) terbentuk di salah satu arteri yang memasok darah ke otak.

2) Stroke embolik

Stroke embolik terjadi ketika gumpalan darah menyebar dari otak dan tersapu melalui aliran darah. Jenis gumpalan darah ini disebut embolus

c. Serangan Iskemik Transien (TIA)

Transien Ischemic Attack (TIA) adalah periode sementara dari gejala yang mirip dengan gejala stroke. Penurunan sementara pasokan darah ke bagian otak menyebabkan TIA dan biasanya berlangsung  $\pm$  5 menit.

d. Fase fase pasca stroke

Menurut Cahyani *et al.*, (2023) Fase pasca stroke dibagi menjadi beberapa tahap berdasarkan durasi dan tingkat pemulihan yang dapat terjadi:

1) Fase Hiperakut (0–24 jam pertama)

Fase hiperakut merupakan tahap awal yang paling kritis setelah serangan stroke terjadi. Pada fase ini, setiap menit sangat berharga karena otak mengalami kehilangan suplai darah dan oksigen, yang dapat menyebabkan kematian sel otak secara cepat.

2) Fase Akut (1–7 hari)

Fase akut terjadi setelah fase hiperakut dan merupakan periode kritis di mana pasien masih berisiko mengalami

komplikasi seperti pembengkakan otak, infeksi paru, dan pembekuan darah.

3) Fase Subakut Awal (8 hari – 3 bulan)

Fase ini merupakan periode pemulihan paling cepat setelah stroke. Pada tahap ini, pasien mulai menunjukkan perbaikan fungsi motorik dan kognitif, namun masih memerlukan rehabilitasi intensif.

4) Fase Subakut Akhir (4–6 bulan)

Pada fase ini, pemulihan masih berlangsung tetapi mulai melambat dibandingkan fase sebelumnya. Pasien yang telah menjalani rehabilitasi dengan baik biasanya mulai lebih mandiri dalam aktivitas sehari-hari.

5) Fase Kronis (Setelah 6 bulan)

Fase kronis adalah tahap di mana pemulihan mencapai titik stabil, tetapi perbaikan masih mungkin terjadi dengan terapi yang tepat.

### 3. Etiologi Stroke

Menurut (Kristina et al., 2024) ada beberapa penyebab dari stoke antara lain:

- a. Trombosis Arteriosklerosis merupakan penyebab utama karena zat lemak yang tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah mengakibatkan pengumpulan (thrombos) sehingga terjadi kerusakan pada endotel dari pembuluh darah. Plak ini akan terus membesar sehingga menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri, stenosis ini akan menghambat aliran pada arteri darah akan berputar putar pada permukaan yang ada plak yang akhirnya terjadi pengumpulan dan melekat pada plak dan rongga pembuluh darah menjadi tersumbat.
- b. Embolisme bekuan darah atau material yang lain yang dibawa ke otak, embolisme terjadi di bagian luar dai otak kemudian terlepas

dan mengalir melalui sirkulasi cerebral sampai embolus tersebut melekat dan menyumbat arteri.

- c. Iskemia penurunan aliran darah ke area otak terjadi akibat arteriosclerosis dan penumpukan plak pada pembuluh darah sehingga suplai oksigen berkurang ke dalam otak
- d. Hemoragik cerebral perdarahan terjadi akibat pecahnya pembuluh darah cerebral dengan perdarahan ke jaringan otak dan ruang sekitar otak. Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, berbicara atau sensasi.

Tanda tanda trombosis cerebral bervariasi beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, kejang, kehilangan bicara sementara, hemiplegia, parestesia, paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

#### 4. Patofisiologi Stroke

Stroke iskemik (*Non Hemoragik*) adalah jenis stroke yang disebabkan oleh penurunan atau bahkan hilangnya aliran darah. Situasi ini menyebabkan sel-sel neuron mengalami kerusakan akibat kurangnya zat yang diperoleh dari aliran darah. Zat-zat yang seharusnya diterima oleh sel neuron adalah glukosa. Ketika glukosa tidak mencukupi, sel neuron tidak dapat memproduksi energi utama yang dihasilkan melalui metabolisme tanpa oksigen. Penyebab paling umum dari stroke iskemik meliputi penyakit penyumbatan arteri besar, gangguan pada pembuluh darah kecil, dan emboli dari jantung (Saputra *et al.*, 2023).

Stroke hemoragik terjadi ketika ada pendarahan di dalam otak, sehingga area yang menerima suplai darah dari pembuluh yang pecah mengalami iskemia dan penurunan fungsi. Baik stroke iskemik maupun hemoragik dapat menyebabkan hipoksia pada jaringan otak, yang pada gilirannya dapat memicu terjadinya inflamasi (Saputra *et al.*, 2023).

## 5. Manifestasi Klinis Stroke

Kehilangan kemampuan motorik merupakan penyakit yang berhubungan dengan motor neuron, yang menyebabkan hilangnya kemampuan neuron untuk mengontrol gerakan motorik. Disfungsi motoric yang paling sering ditemukan adalah hemiplegi, yaitu kondisi lumpuh pada satu sisi tubuh, yang disebabkan oleh lesi di bagian otak yang berlawanan, serta hemiparesis atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh dan berbagai gejala lainnya. Kehilangan kemampuan komunikasi serta disfungsi bahasa seringkali muncul akibat gangguan fungsi otak yang disebabkan oleh stroke, termasuk:

- a. Disartria, yang ditandai dengan kesulitan dalam berbicara yang membuat ucapan sulit dipahami.
- b. Disfasia atau afasia, yaitu kondisi di mana terjadi gangguan berbicara atau hilangnya kemampuan untuk berbicara.
- c. Apraksia, yang merupakan ketidakmampuan untuk melakukan gerakan yang sebelumnya telah dipelajari.

Gangguan persepsi. Kesulitan dalam memahami sensasi dapat terjadi, di mana stroke dapat menyebabkan masalah pada persepsi visual, kesulitan dalam hubungan visual spasial, serta kehilangan sensori. Kerusakan Fungsi Kognitif dan dampak psikologis. Jika ada kerusakan pada lobus frontal, kemampuan belajar, memori, atau fungsi kortikal yang lebih tinggi bisa terganggu. Pasien umumnya mengalami kesulitan dalam memahami, cenderung lupa, dan kurang memiliki motivasi (Kristina et al., 2024).

## 6. Komplikasi Stroke

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke.

Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien stroke (Isrofah et al., 2023).

#### 7. Penatalaksanaan Stroke

Pada penderita stroke dapat diobati atau diselamatkan dengan cara melakukan pengobatan yang tepat dan akurat pada waktu terjadi serangan, khususnya stroke yang bukan pendarahan. Pengobatan yang biasanya diberikan pada pasien stroke adalah pemberian oksigen dan dipasang infus untuk memasukkan cairan dan zat makanan. Adapun cara untuk mengurangi tekanan dan pembengkakan didalam otak pada penderita stroke akut, biasanya diberikan manitol atau kortikosteroid. Sedangkan penderita stroke yang berat sangat biasanya memerlukan respirator yang sesuai untuk mempertahankan pernafasan. Adapun beberapa penanganan stroke (Dewi & Puspawati, 2022).

- a. Diagnosa medis awal pada tipe stroke yang dipasangkan dengan penanganan obat baru yang dapat menurunkan risiko kelumpuhan jangka Panjang.
- b. Pembedahan dilakukan untuk meningkatkan sirkulasi serebral bagi penderita stroke trombolik atau embolik meliputi endartektomi.

##### 1) Penanganan stroke yang berguna secara medikasi:

- a) Alteplase (activase: activator plasminogen jaringan rekombinan), efektif penanganan darurat stroke embolik. untuk

- b) Penggunaan aspirin jangka panjang atau ticlopidinen (ticlid), sebagai agens anti-keping darah untuk mencegah stroke rekuren.
  - c) Antikoagulan (heparin dan warfarin) digunakan untuk menangani *Transient Ischemic Attack* (TIA) yang lamban dan tidak responsif terhadap obat anti-keping darah.
  - d) Antihipertensi, antiaritmik, dan antidiabetik yang digunakan untuk menangani faktor risiko yang berkaitan dengan stroke.
- 2) Penanganan pasca stroke akut dan kronis
- Menurut Saptaputra, (2024) penanganan pasca stroke akut dan kronis adalah
- a) Fase Akut (0–2 Minggu Setelah Stroke) Fokus utama adalah menstabilkan kondisi pasien, mencegah kerusakan otak lebih lanjut, dan mengurangi risiko komplikasi seperti edema otak, infeksi, atau gangguan kardiovaskular.
  - b) Fase Kronis (Lebih dari 6 Bulan Setelah Stroke) Fokus pada rehabilitasi untuk meningkatkan kualitas hidup, termasuk terapi fisik, terapi okupasi, terapi wicara, dan dukungan psikososial.

## 8. Pathway

Skema 2.1 pathway menurut (Asri Kusyani, 2022)

### 9. Pemeriksaan Penunjang Stroke

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan stroke menurut (Saputra et al., 2023) yaitu:

- a. Pemeriksaan laboratorium untuk menyingkirkan penyebab sistemik: CBC, pemeriksaan trombosit dan pembekuan, VDRL/RPR, laju sedimentasi eritrosit (ESR), kimia (glukosa, natrium).

- b. CT-scan; menunjukkan kelainan struktural, edema, hematoma, iskemia, dan infark. Catatan: Mungkin tidak segera mengungkapkan semua perubahan, misalnya, infark iskemik tidak terlihat pada CT selama 8-12 jam; namun, perdarahan intraserebral segera terlihat. Oleh karena itu, CT scan darurat selalu dilakukan sebelum pemberian aktivator plasminogen jaringan (t-PA). Selain itu, pasien dengan TIA (Transient Ischemic Attack) umumnya memiliki gambaran CT scan yang normal
- c. EKG; untuk mengeluarkan diagnosis stroke berasal dari jantung sebagai sumber embolus (20% dari stroke adalah hasil dari emboli vegetatif yang berhubungan dengan penyakit katup, disritmia, atau endokarditis).
- d. EEG; mengidentifikasi masalah berdasarkan aktivitas listrik yang berkurang di area infark tertentu; dan dapat membedakan aktivitas kejang dari kerusakan CVA.
- e. Rontgen tengkorak; dapat menunjukkan pergeseran kelenjar pineal ke sisi yang berlawanan dari massa yang membesar; kalsifikasi karotis internal dapat terlihat pada trombosis serebral; kalsifikasi parsial dinding aneurisma dapat dicatat pada perdarahan subarachnoid.
- f. MRI; menunjukkan area infark, perdarahan, malformasi AV, dan area iskemia. Angiografi serebral; membantu menentukan penyebab spesifik stroke, misalnya, perdarahan atau penyumbatan arteri, menunjukkan dengan tepat lokasi oklusi atau ruptur
- g. Angiografi subtraksi digital mengevaluasi patensi pembuluh darah otak, mengidentifikasi posisinya di kepala dan leher, dan mendeteksi/mengevaluasi lesi dan kelainan vaskular.
- h. Lumbal pungsi; tekanan biasanya normal dan CSF jelas pada trombosis serebral, emboli, dan TIA. Peningkatan tekanan dan cairan menunjukkan perdarahan subarachnoid dan intraserebral.

Kadar protein total CSF dapat meningkat pada kasus trombosis karena proses inflamasi.

- i. Ultrasonografi Doppler Transkraniyal; mengevaluasi kecepatan aliran darah melalui pembuluh intrakranial utama; mengidentifikasi penyakit AV, misalnya, masalah dengan sistem karotis (aliran darah/adanya plak aterosklerotik).

### C. Konsep Keluarga

#### 1. Pengertian Keluarga

Pengertian keluarga secara struktural didasarkan pada kehadiran atau ketidakhadiran anggota dari keluarga, seperti orang tua, anak, dan kerabat lainnya yang umum dikenal keluarga inti. Sedangkan pengertian keluarga secara transaksional lebih memfokuskan bahwa keluarga sebagai kelompok yang mengembangkan harmonisasi yang penuh dengan keintiman melalui perilaku-perilaku yang memunculkan rasa identitas sebagai keluarga (*family identity*), berupa ikatan emosi, pengalaman nyata, ataupun cita-cita masa yang akan datang (Abidin Ahmahd Zainal, 2021).

#### 2. Peran Keluarga

Peran formal dalam keluarga menurut Nur & Elmi, (2021) meliputi:

##### a. Peran sebagai Ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman. Juga sebagai kepala keluarga, anggota kelompok sosial, serta anggota masyarakat dan lingkungan.

##### b. Peran sebagai Ibu

Ibu sebagai istri dari anak-anak nya yang berperan untuk mengurus anak-anaknya, pelindung dan salah satu anggota kelompok sosial, serta sebagai anggota masyarakat.

##### c. Peran sebagai Anak

Anak melakukan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual

### 3. Tugas Keluarga

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan menurut Nur & Elmi, (2021) meliputi:

#### a. Mengenal Masalah Kesehatan Keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Tugas ini berkaitan erat dengan bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, meliputi: pengertian, penyebab dan tanda gejala.

#### b. Mengambil Keputusan yang Tepat

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

#### c. Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Kesehatan.

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang tidak diketahui oleh keluarga sendiri.

#### d. Memodifikasi Lingkungan yang Sehat

Memodifikasi lingkungan dapat diartikan sebagai kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan (fisik/psikologis) sehingga dapat meningkatkan kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari bagaimana keluarga dapat menjaga hygiene sanitasi, mengatur sedemikian rupa kondisi lingkungan dalam dan luar, memanfaatkan potensi yang ada di sekitar rumah.

#### e. Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan artinya bahwa keluarga dengan keasadarannya sendiri mau menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan saat membutuhkan bantuan medis.

#### 4. Fungsi Keluarga

Menurut Muhasidah *et al.*, (2025) menyatakan bahwa fungsi keluarga adalah

- a. Fungsi afektif adalah tugas keluarga yang penting mengajarkan apa saja untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi: sebagai unit terkecil di dalam masyarakat, keluarga adalah tempat pelatihan bagi anak  
Fungsi reproduksi fungsi ini bertujuan untuk meneruskan keturunan dan generasi.
- c. Fungsi ekonomi: Keluarga harus memenuhi kebutuhan keluarga secara finansial serta mengembangkan kemampuan keluarga untuk menambah penghasilan.
- d. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan: fungsi ini bertujuan untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga. Memeriksa kesehatan secara teratur, dorong untuk tetap hidup bersih dan sehat anak untuk berkehidupan sosial.

#### **D. Konsep Dasar Mobilisasi**

##### 1. Pengertian mobilisasi

Mobilisasi merujuk pada kemampuan seseorang untuk bergerak bebas dan aktif. Istilah Mobilisasi dalam konteks kebutuhan dasar manusia merujuk pada kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur guna memenuhi kebutuhan aktivitas demi mempertahankan kesehatan. Hal ini penting untuk memastikan kemandirian individu dan dapat meliputi aktivitas seperti pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, dan latihan fisik. Immobilisasi mengacu pada kondisi di mana seseorang tidak dapat bergerak atau terbatas dalam gerakan. Kedua konsep ini memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan dan kualitas hidup seseorang (Hurai *et al.*, 2024).

Pengertian mobilisasi atau mobilitas adalah kemampuan untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur. Tujuan mobilisasi ini adalah

untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit, khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (Hamka et al., 2024).

## 2. Etiologi Mobilisasi

Menurut Hurai et al., (2024) menyatakan bahwa etiologi mobilitas antara lain:

### a. Gangguan Kebutuhan Mobilisasi Fisik

Gangguan ini dapat terjadi akibat berbagai kondisi, seperti stroke, cedera, atau kelemahan otot, yang mengakibatkan penurunan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas dan teratur.

### b. Gangguan Mobilisasi Pasca Operasi

Setelah menjalani operasi, seseorang dapat mengalami gangguan mobilisasi akibat proses pemulihan dan penurunan kekuatan otot. Mobilisasi dini setelah operasi penting untuk mempengaruhi kesembuhan.

### c. Gangguan Kesehatan Mental

Gangguan kesehatan mental juga dapat memengaruhi mobilisasi fisik seseorang, karena adanya perubahan fungsi jiwa yang dapat menyebabkan gangguan pada perilaku dan aktivitas fisik.

## 3. Jenis Jenis Mobilisasi

Menurut (Syafrinanda et al., 2025) jenis jenis mobilisasi di bagi menjadi 2 yaitu:

### a. Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh yaitu kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara bebas tanpa ada ketergantungan. Fungsi saraf motoric dan sensorik pada mobilisasi penuh ini masih dapat mengontrol seluruh tubuh manusia.

### b. Mobilisasi Sebagian

Mobilisasi sebagian ini adalah kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari adanya keterbatasan yang

diakibatkan oleh fungsi saraf motoric dan sensorik yang terganggu.

Mobilisasi sebagian terbagi dua, yaitu:

1) Mobilisasi Sebagian Temporer

Mobilisasi sebagian temporer ini adalah keterbatasan dalam beraktivitas sehari-hari yang hanya terbatas sementara. Penyebabnya bisa dikarenakan penyakit ataupun trauma. Contoh fraktur tulang, dislokasi pada sendi dan lain-lain.

2) Mobilisasi Sebagian Permanen

Mobilisasi sebagian permanen ini merupakan kemampuan seseorang untuk dapat bergerak bebas tidak dapat dilakukan. Jenis mobilisasi ini tergolong menetap pada seseorang, hal ini diakibatkan oleh kerusakan saraf reversibel. Contohnya stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang.

4. Tanda dan Gejala mobilisasi

Menurut (Ningsih, Dewi, Aini, Fitri, et al., 2024), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan pergerakan fisik dari satu atau lebih anggota tubuh secara mandiri

a. Gejala dan tanda gangguan mobilitas fisik, antara lain:

- 1) Gejala dan tanda mayor:
- 2) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- 3) Kekuatan otot menurun
- 4) Rentang gerak (ROM) menurun

b. Gejala dan tanda minor:

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak
- 4) Sendi kaku
- 5) Gerakan tidak terkoordinasi
- 6) Gerak terbatas
- 7) Fisik lemah

5. Kondisi klinis terkait:

Menurut Ningsih et al., (2024) kondisi terkait dengan masalah gangguan mobilitas fisik yaitu:

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

6. Penatalaksanaan

Penanganan masalah mobilitas fisik dapat dilaksanakan melalui latihan Rentang Gerak (ROM), yang merupakan salah satu teknik rehabilitasi yang terbukti sangat berguna dalam mencegah disabilitas pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas. Metode ini mencakup serangkaian gerakan yang dilakukan pada sendi untuk memperbaiki fleksibilitas serta kekuatan otot. ROM aman diterapkan sebagai bagian dari terapi untuk berbagai kondisi pasien dan memberikan manfaat positif secara fisik dan mental. Latihan ringan seperti ROM memiliki beberapa keuntungan, seperti lebih mudah dipelajari dan diingat oleh pasien, simpel untuk diterapkan dan merupakan intervensi Keperawatan yang terjangkau serta bisa dilakukan oleh penderita gangguan mobilitas di rumah (Hutagaluh, 2019).

**E. Konsep *Range Of Motion* (ROM)**

1. Definisi *Range Of Motion*

Range Of Motion (ROM) adalah kemampuan maksimal seseorang dalam melakukan gerakan. ROM merupakan ruang gerak atau batas-batas gerakan dari kontraksi otot dalam melakukan gerakan. (Haryanto & Utami, 2023)

## 2. Klasifikasi *Range Of Motion*

Berdasarkan Ping *et al* (2023) klasifikasi ROM terbagi menjadi dua kategori, yaitu sebagai berikut:

### a. ROM aktif

Merupakan latihan yang dilakukan oleh pasien sendiri tanpa bantuan dari perawat atau pihak lain dalam setiap gerakan yang mereka lakukan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kelenturan serta kekuatan otot dan sendi melalui pemanfaatan otot secara langsung. Dalam pelaksanaan ROM aktif, perawat perlu memberikan dorongan dan membimbing pasien agar dapat melakukan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak yang seharusnya.

### b. ROM pasif

Merupakan latihan yang dilakukan dengan keterlibatan perawat, di mana pasien tidak dapat melakukannya sendiri. Jenis latihan ini umumnya ditujukan untuk pasien yang memiliki kelemahan pada otot lengan maupun kaki. Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga fleksibilitas otot serta sendi dengan cara menggerakkan otot pasien, contohnya perawat yang mengangkat serta menggerakkan kaki atau tangan pasien. Sendi yang diaktifkan dalam ROM pasif ini mencakup seluruh persendian tubuh atau hanya yang berada pada ekstremitas yang terpengaruh, di mana pasien tidak mampu melakukannya secara mandiri.

## 3. Tujuan *Range Of Motion*

Tujuan latihan ROM menurut Sukmawati *et al* (2023)

- a. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot.
- b. Memelihara mobilitas persendian.
- c. Merangsang sirkulasi darah.
- d. Mencegah kelainan bentuk.
- e. Mencegah kelainan bentuk tulang.
- f. Mencegah kekakuan sendi.
- g. Memperbaiki tonus otot.

- h. Memberikan kenyamanan pada klien.
- i. Untuk meningkatkan motivasi klien.

#### 4. Manfaat *Range Of Motion*

Adapun manfaat tindakan ROM menurut Ping et al (2023) adalah sebagai berikut:

- a. Gerakan tubuh yang teratur dapat meningkatkan kesegaran tubuh.
- b. Memperbaiki tonus otot dan sikap tubuh, mengontrol berat badan,
  - mengurangi ketegangan dan meningkatkan relaksasi.
- c. Menjaga kebugaran dari tubuh.
- d. Merangsang peredaran darah dan kelenturan otot.
- e. Menurunkan stress seperti hipertensi, kelebihan BB, kepala pusing, kelelahan, dan depresi.
- f. Merangsang pertumbuhan pada anak-anak.

#### 5. Indikasi Tindakan *Range Of Motion*

Menurut Haryanto & Utami, (2023) indikasi tindakan ROM antara lain adalah:

- a. Kelemahan otot
- b. Penurunan kesadaran
- c. Pasien dengan tirah baring lama
- d. Fase rehabilitasi fisik

#### 6. Kontraindikasi *Range Of Motion*

Kontraindikasi dan hal yang perlu diwaspadai pada latihan ROM antara lain adalah:

- a. Kelainan sendi atau tulang
- b. Pasien fase imobilisasi karena penyakit jantung
- c. Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera.
- d. ROM tidak boleh dilakukan apabila kondisi pasien berada dalam tekanan darah yang tinggi.

## F. Asuhan Keperawatan teoritis

### 1. Pengkajian

Menurut Muhith & Siyoto, (2016) Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada klien. Setelah dilakukan wawancara dan observasi akan didapatkan berupa data subjektif dan objektif.

#### a. Identitas Klien

Identitas pasien meliputi: nama, jenis kelamin, umur, alamat lengkap, tanggal pengkajian, informan

#### b. Keluhan utama

Keluhan utama pasien stroke adalah kelemahan / hemiplegi, bicara rero, tidak dapat berkomunikasi dan adanya nyeri kepala sampai penurunan tingkat kesadaran.

#### c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit sekarang pada pasien biasanya diawali dengan adanya Hipertensi yang tidak terkontrol, kelemahan yang mendadak dan gejala kesemutan dan kebas pada bagian ekstremitas.

#### d. Riwayat penyakit dahulu.

Riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama dan penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin.

#### e. Riwayat penyakit keluarga.

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

#### f. Riwayat psikososial

Pengkajian psikososial pada pasien stroke muncul akibat lamanya perawatan pasien pasca stroke yang membutuhkan biaya yang cukup tinggi.

#### g. Pemeriksaan Fisik

Meliputi keadaan umum, tingkat kesadaran, GCS, TTV, kepala dan leher, sistem kardiovaskuler, sistem pernafasan, sistem

integumen, sistem perkemihan, sistem muskuloskeletal, sistem endokrin, sistem pencernaan, sistem reproduksi, sistem persarafan, sistem penglihatan, sistem pendengaran, sistem pengecapan, sistem penciuman, tactil respon.

h. Pengkajian Fungsional

1) Pengkajian status fungsional menggunakan indeks katz.

a) Pengertian Index katz

Pemeriksaan index katz adalah memfokuskan aktivitas kehidupan sehari-hari yaitu kegiatan mandi, memakai pakaian, pindah tempat, toileting, dan makan. Mandiri merupakan tidak ada yang mengawasi, mengarahkan, ataupun bantuan oran lain. Pengkajian ini mendasarkan pada status aktual. Pengkajian ini dapat mengukur kemampuan fungsional lanjut usia.

b) Fungsi Indeks Katz

Indeks Katz membentuk suatu kerangka kerja untuk mengkaji kehidupan hidup mandiri lansia atau bila ditemukan terjadi penurunan fungsi maka akan disusun titik fokus perbaikannya.

Tabel 2.1 Pemriksaan Kemandirian lansia dengan indeks katz

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali, mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan

F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan
G	Kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi lainnya
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat dikasifikasikan sebagai C, D, E atau F

Menurut (Muhith & Siyoto, 2016)

Cara menghitung skor pengkajian status fungsional lansia dengan menggunakan index katz

Berikan tanda (V) pada point sesuai kondisi klien

- 1) Skor A: kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, mandi, dan berpakaian
- 2) Skor B: kemandirian dalam semua hal, kecuali satu dari fungsi tersebut
- 3) Skor C: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- 4) Skor D: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
- 5) Skor E: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan
- 6) Skor F: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

i. Pengkajian status mental

- 1) Pemeriksaan *Short Portabel Mental Status Questionare* (SPMSQ)

Pertanyaan:

- a) Pengertian SPMSQ

SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*) adalah beberapa pengujian sederhana yang sudah digunakan secara luas untuk mengkaji status mental. Mengujinya semacam

10 pertanyaan berkaitan dengan orientasi, riwayat pribadi, perhitungan, ingatan jangka pendek dan ingatan jangka panjang.

b) Fungsi SPMSQ

Untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia sehingga dapat diketahui ada atau tidaknya defisit otak organik pada pasien lansia dan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual.

Tabel 2.2 Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ)

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan	Jawaban
		1	Tanggal Berapa Hari ini?	
		2	Hari apa sekarang?	
		3	Apa nama tempat ini?	
		4	Dimana alamat anda?	
		5	Berapa umur anda?	
		6	Kapan anda lahir?	
		7	Siapa presiden Indonesia?	
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	
		9	Siapa nama kecil anda?	
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pegurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	
JUMLAH				

Benar:		
Salah:		

Interpretasi:

- Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh  
 Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan  
 Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang  
 Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Menurut (Muhith & Siyoto, 2016)

## 2) Mini Mental State Examination (MMSE)

Penilaian ini dilakukan untuk menguji aspek kognitif dari fungsi mental. Terdiri dari 2 bagian, yaitu:

- Bagian pertama hanya butuh respon verbal dan mengkaji orientasi, memori, atensi/perhatian, jumlah skor 21
- Bagian kedua mengkaji kemampuan menulis kalimat, menamakan objek, mengikuti perintah tertulis dan verbal serta menyalin gambar kompleks, jumlah skor 9

Catatan: Skor maks 30, harus dikurangi 1 angka pada tiap kenaikan 1 dekade di atas umur 50 tahun.

Table 2.3 Mini Mental State Exam (MMSE)

No	Aspek Kognitif	Nilai Max	Nilai Didapat	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebut dengan benar: 1. Tahun 2. Musim 3. Tanggal 4. Hari 5. Bulan
2	Orientasi	5		Menyebut tempat keberadaan kita: 1. Negara

				Kota/ Kabupaten Provinsi
3	Registrasi	3		Sebutka
4	Perhatian dan Kalkulasi	5		Berhitu dikuran 5 tingka
5	Mengingat	3		Mengul menyeb 3
6	Bahasa	9		Menany tentang menunj Minta k mengul tidak ad tetapi menjaw dan teta untuk m berikut 3 langka  1. Am anda  2. lipat  3.dan Perintah hal beri

				aktifitas sesuai perintah nilai s “tutup mata anda”
JUMLAH				

#### KETERANGAN

24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

18-23 : Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif Berat

#### j. Pengkajian Skala Manual Muscle Testing (MMT)

##### 1) Pengertian Skala Manual Muscle Testing (MMT)

Manual Muscle Testing (MMT) adalah metode yang digunakan untuk menilai kekuatan otot secara manual. Metode ini penting dalam rehabilitasi dan penanganan pasien untuk menentukan tingkat kekuatan otot dan mengidentifikasi gangguan pada fungsi otot. MMT dilakukan dengan memberikan resistensi pada otot saat pasien melakukan gerakan tertentu.

##### 2) Fungsi Skala Manual Muscle Testing (MMT)

###### a) Menilai Kekuatan Otot:

MMT digunakan untuk mengukur kekuatan otot secara objektif, membantu dalam menentukan seberapa baik otot berfungsi.

###### b) Mendiagnosis Masalah Kesehatan:

Dengan mengetahui kekuatan otot, profesional kesehatan dapat mengidentifikasi adanya kelemahan otot atau gangguan neuromuskular.

c) Membantu Rencana Perawatan:

Hasil MMT memberikan informasi penting untuk merancang program rehabilitasi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

d) Menilai Kemajuan Rehabilitasi:

MMT dapat digunakan secara berkala untuk mengevaluasi perubahan dalam kekuatan otot seiring dengan kemajuan terapi.

e) Mengidentifikasi Otot yang Terlibat:

MMT membantu menentukan otot mana yang lemah atau mengalami disfungsi, memungkinkan fokus yang lebih tepat dalam terapi.

Skor	Deskripsi
0	Tidak ada kontraksi otot (paralisis total)
1	Terdapat kontraksi otot, tapi tidak menghasilkan gerakan
2	Gerakan penuh jika tanpa beban (tanpa gravitasi)
3	Gerakan penuh melawan gravitasi, tanpa tahanan
4	Gerakan penuh melawan gravitasi dan sedikit tahanan
5	Gerakan penuh melawan gravitasi dan tahanan normal (kekuatan normal)

Menurut (Muhith & Siyoto, 2016)

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Asri Kusyuni, 2022) berdasarkan data pengkajian, diagnosa keperawatan utama untuk pasien pasca stroke meliputi hal berikut:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054).
- b. Risiko Perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017).
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskula (D0005).
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskula (D0119)
- e. Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan imobilitas (D0056).
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D0109).
- g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D0080).

## 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

Table 2.5 intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kreteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D,0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :  (L.0542)  1. Pergerakan ekstremitas meningkat	<b>Teknik latihan penguatan sendi (I.05185)</b>  <b>Observasi</b>  1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/ aktivitas  <b>Terapeutik</b>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Kaku sendi menurun</li> <li>5. Gerakkan terbatas menurun</li> <li>6. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</li> <li>2. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif</li> <li>3. Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif</li> <li>4. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi</li> <li>5. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan merencanakan latihan bersama</li> <li>2. Anjurkan Duduk ditempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai) atau di kursi sesuai toleransi</li> <li>3. Anjurkan melakukan latihan tentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</li> <li>4. Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan</li> <li>5. Anjurkan ambulasi, sesuai toleransi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan fisioterapis dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</li> </ol>
--	--	---	---

2	<p>Risiko Perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : (L.02014)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Sakit kepala menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Tekanan arteri rata-rata (<u>mean arterial pressure/MAP</u>) membaik</li> <li>5. Tekanan intra kranial membaik</li> </ol>	<p><b>Pemantauan tanda vital (I.02060)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tekanan darah</li> <li>2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)</li> <li>3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)</li> <li>4. Monitor suhu tubuh</li> <li>5. Monitor oksimetri nadi</li> <li>6. Identifikasi penyebab penurunan tanda vital.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan kondisi pasien</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan jika perlu</li> </ol>
3	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskula (D0005).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun</li> </ol>	<p>Menejemen jalan napas (L.01011)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun</li> <li>4. Frekuensi napas membaik</li> <li>5. Kedalaman napas membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal)</li> <li>2. Posisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>3. Berikan minum hangat</li> <li>4. Lakukan fisioterapi dada jika pe</li> <li>5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> <li>7. Keluarkan sumbatan benda padat de forsep McGill</li> <li>8. Berikan oksigen jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi</li> <li>2. Ajarkan Teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</li> </ol>
4	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:	<p>Promosi komunikasi Defisit Bicara (L.13492)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> </ol>

	neuromuskula (D0119)	(L.13118) 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	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  <b>Terapeutik</b> 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 ke pasien) untuk memahami ucapan pasien) 3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 4. Ulangi apa yang disampaikan pada pasien 5. Berikan dukungan psikologis 6. Gunakan juru bicara, jika perlu  <b>Edukasi</b>
--	-------------------------	---	--

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berbicara perlahan</li> <li>2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau ter</li> </ol>
5	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan imobilitas (D0056).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>(L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan Lelah menurun</li> <li>2. Dispnea saat aktivitas menurun</li> <li>3. Dispnea setelah aktivitas menurun</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p>Menejemen Energi (05178)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak dan/atau aktif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi menenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> </ol>

			<p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3. Anjurkan menghubungi perawat jika dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4. Ajarkan strategi koping mengurangi kelelahan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan m</p>
6	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>(L.11103)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan makan meningkat</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</li> <li>5. mempertahankan kebersihan</li> </ol>	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas keperawatan diri sesuai usia</li> <li>2. monitor tingkat kemandirian</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>2. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>3. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.</li> <li>4. jadwalkan rutinitas perawatan diri.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.</li> </ol>

		tubuh meningkat 6. melakukan perawatan diri meningkat	
7	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D0080).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan tingkat ansietas menurun meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	Terapi Relaksasi (L.09326) <b>Observasi</b> 1. Identifikasi penurunan tingkat ketidakmampuan berkonsentrasi, atau lain yang mengganggu kemampuan k 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang efektif digunakan 3. Identifikasi kesiediaan, ke dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi tekanan darah, dan suhu sebelum sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi re <b>Terapeutik</b> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan gangguan dengan pencahayaan dan ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang p dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut irama lambat dan berirama

			<p>5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>4. Anjurkan rileks dan merasakan efek relaksasi</li> <li>5. Anjurkan sering mengulangi atau mengulang Teknik yang dipilih</li> <li>6. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</li> </ol>
--	--	--	---

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan yang merupakan bentuk nyata dari rencana tersebut. Dalam proses ini, setiap tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien harus didokumentasikan sebagai data yang penting untuk evaluasi. Pelaksanaan dapat dilakukan oleh pasien itu sendiri, anggota keluarga, perawat, anggota tim perawatan kesehatan, atau pihak lain yang terlibat dalam jaringan perawatan keluarga (Budi Widiyanto *et al.*, 2024).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara terus-menerus, yang berarti evaluasi dilakukan segera setelah implementasi untuk memungkinkan perawat melakukan perubahan atau modifikasi terhadap intervensi keperawatan.

Evaluasi pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik mengacu pada tujuan untuk meningkatkan mobilitas fisik, dengan kriteria seperti peningkatan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot yang lebih baik, rentang gerak (ROM) yang meningkat, penurunan kekakuan sendi, berkurangnya kelemahan fisik, penurunan kecemasan, berkurangnya gerakan terbatas, dan penurunan gerakan yang tidak terkoordinasi. Pada masalah keperawatan risiko jatuh, evaluasi mengacu pada tujuan untuk menurunkan tingkat kejadian jatuh pada pasien. Sedangkan pada masalah keperawatan gangguan integritas kulit atau jaringan, evaluasi bertujuan untuk meningkatkan integritas kulit dan jaringan. Evaluasi untuk masalah keperawatan lainnya, seperti kesiapan peningkatan pengetahuan, berfokus pada tujuan peningkatan tingkat pengetahuan, koping keluarga, pemeliharaan kesehatan yang efektif, dengan perawat mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Budi Widiyanto *et al.*, 2024).

Tabel 2.6 Evaluasi pada salah satu keluarga yang menderita stroke.

KEMAMPUAN KERJA	CONTOH
Mengetahui masalah kesehatan	
Mengambil keputusan secara tepat	
Merawat anggota keluarga yang sakit	
Memodifikasi lingkungan yang kondusif	
Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	

Sumber : (Budi Widiyanto *et al.*, 2024).

Keterangan:

- a. Mengenal masalah kesehatan. Bagaimana keluarga mengerti tentang penyakit yang diderita anggota keluarganya, baik jenis penyakitnya, faktor yang menyebabkan terjadinya sakit, maupun tanda dan gejalanya.
- b. Mengambil keputusan yang tepat. Bagaimana keluarga mampu memberikan keputusan ketika ada anggota keluarganya yang sakit.
- c. Merawat anggota keluarga yang sakit. Bagaimana keluarga memberikan makan, mengatur istirahatnya, dan memantau minum obatnya bagi anggota keluarga yang sakit.
- d. Memodifikasi lingkungan yang sehat. Bagaimana keluarga mengatur lingkungan rumahnya, kebersihan, pengaturan ventilasi dan pencahayaan, pengaturan perabot rumah tangga, serta menjaga lingkungan yang nyaman di keluarga.
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Bagaimana keluarga dapat memanfaatkan Puskesmas atau rumah sakit untuk anggota keluarganya yang sakit.