

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Pengertian Lansia

Lanjut usia disingkat dengan lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun ke atas. setiap makhluk hidup akan mengalami semua proses yang dinamakan menjadi tua atau menua. Proses menua tersebut bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, dimana terdapat proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat,berbangsa dan bernegara.

Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa. Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho, 2017).

2. Batasan Usia Lansia

Menurut WHO (2022), klasifikasi lansia adalah sebagai berikut :

- a. Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45-54 tahun.
- b. Lansia (*elderly*), yaitu kelompok usia 55-65 tahun.
- c. Lansia muda (*young old*), yaitu kelompok usia 66-74 tahun.
- d. Lansia tua (*old*), yaitu kelompok usia 75-90 tahun.
- e. Lansia sangat tua (*very old*), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun.

Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lansia terdiri dari :

- 1) Pra lansia yaitu seorang yang berusia antara 45-59 tahun

- 2) Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih
- 3) Lansia risiko tinggi ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- 4) Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- 5) Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

3. Ciri-Ciri Lansia

Dalam Buku yang ditulis Kholifah(2016) ia membagi ciri lansia menjadi 4 bagian sebagai berikut:

a. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

b. Lansia memiliki status kelompok

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, Tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggangrasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif

c. Lansia membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk Contoh: lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

4. Tipe-Tipe Lanjut Usia Di Indonesia

Mangkunegoro IV dalam surat Werdatama, yang dikutip oleh H.1 Widyapranata menyebutkan bahwa orang tua (lanjut usia) dalam literatur lama (Jawa) dibagi dua golongan, yaitu: Menurut Untari (2019).

- a. Wong Sepuh: Orang tua yang sepi hawa nafsu, menguasai ilmu "Dwi Tunggal", yakni mampu membedakan antara yang baik dan buruk, sejati dan palsu, Gusti (Tuhan) dan kawulanya atau hambanya
- b. Wong Sepah : Lanjut usia yang kosong, tidak tahu rasa, bicaranya muluk-muluk tanpa isi, tingkah lakunya dibuat-buat dan berlebihan, serta memalukan. Hidupnya menjadi hambar (kehilangan dinamika dan romantika hidup)

Pujangga Ronggo Warsito (dalam surat Kalatida) menyebutkan bahwa lanjut usia terbagi dalam dua kelompok, yakni

- 1) Lanjut usia yang berbudi sentosa. Orang tua ini meskipun dirahmati Tuhan Yang Maha Esa dengan rezeki, tetapi tetap berusaha terus, disertai selalu ingat dan waspada
- 2) Lanjut usia yang lemah: Orang tua yang putus asa sebaiknya hanya menjauhkan diri dari keduniawian, supaya mendapat kasih sayang Tuhan Di zaman sekarang (zaman pembangunan), banyak ditemukan bermacam- macam tipe lanjut usia. Tipe lanjut usia yang sering muncul antara lain:

- a) Tipe arif bijaksana. Lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan. dan menjadi panutan.
- b) Tipe mandiri: Lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.
- c) Tipe tidak puas: Lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik
- d) Tipe pasrah: Lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis ("habis gelap datang terang"), mengikuti kegiatan beribadat, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.
- e) Tipe bingung. Lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh

Lanjut usia dapat pula dikelompokkan dalam beberapa tipe yang bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Tipe ini antara lain:

1)) Tipe optimis.

Lanjut usia santai dan periang, penyesuaian cukup baik, mereka memandang lanjut usia dalam bentuk bebas dari tanggung jawab dan sebagai kesempatan untuk menuruti kebutuhan pasifnya. Tipe ini sering disebut juga lanjut usia tipe kursi goyang (*the rocking charman*)

2)) Tipe konstruktif

Lanjut usia ini mempunyai integritas yang baik, dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi yang tinggi, humoristik, fleksibel, dan tahu diri. Biasanya, sifat ini terlihat sejak muda.

Mereka dengan tenang menghadapi proses menua dan menghadapi akhir

3)) Tipe ketergantungan:

Lanjut usia ini masih dapat diterima di tengah masyarakat, tetapi selalu pasif, tidak berambisi, masih tahu diri, tidak mempunyai inisiatif dan jika bertindak yang tidak praktis. tidak suka bekerja, dan senang berlibur, banyak makan, dan banyak minum.

4)) Tipe detensif

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

a)) Tipe militan dan serius.

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

b)) Tipe pemarah frustrasi:

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

c)) Tipe bermusuhan:

Lanjut usia yang selalu menganggap orang lain yang menyebabkan kegagalan, selalu mengeluh, bersifat agresif, dan curiga Biasanya, pekerjaan saat ia muda tidak stabil. Menganggap menjadi tua itu bukanlah hal yang baik, takut mati, iri hati pada yang muda, senang mengadu untung pekerjaan, aktif menghindari masa yang buruk.

d)) Tipe putus asa, membenci, dan menyalahkan dirisendiri.

Lanjut usia ini bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri, tidak mempunyai ambisi, mengalami penurunan sosio ekonomi, tidak dapat menyesuaikan diri. Lanjut usia tidak hanya mengalami kemarahan, tetapi juga depresi, memandang lanjut usia sebagai tidak berguna karena masa yang tidak menarik. Biasanya, perkawinan tidak bahagia, merasa menjadi korban keadaan, membenci diri sendiri, dan ingin cepat mati

5. Masalah Yang Dihadapi Lansia Menurut Untari (2019).

a. Fisik

Masalah yang sering dihadapi oleh lansia adalah kondisi fisik yang mulai melemah, sehingga sering terjadi penyakit *degenerative* misalnya radang persendian. Keluhan akan muncul ketika seorang lansia melakukan aktivitas yang cukup berat misalnya mengangkat beban yang berlebih maka akan dirasakan nyeri pada persendiannya. Lansia juga akan mengalami penurunan indra pengelihatan dimana lansia akan mulai merasakan pandangannya kabur. Lansia juga akan mengalami penurunan dalam indra pendengaran dimana lansia akan merasakan kesulitan dalam mendengar. Lansia juga mengalami penurunan dalam kekebalan tubuh atau daya tahan tubuh yang menurun, dan ini merupakan lansia termasuk kategori manusia tua yang rentan terserang penyakit.

b. Kognitif

Masalah yang tidak kalah pentingnya yang sering dihadapi oleh lansia adalah terkait dengan perkembangan kognitif. Misalnya seorang lansia merasakan semakin hari semakin melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal dan dimasyarakat disebut dengan pikun. Kondisi ini akan menjadi boomerang bagi lansia yang mempunyaipenyakit diabetes mellitus karena terkait dengan asupan jumlah kalori yang dikonsumsi. Daya ingatan yang tidak stabil akan membuat lansia sulit untuk dipastikan sudah makan atau belum. Dampak dari masalah kognitif yang lainnya adalah lansia sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar. Hal

ini dikarenakan lansia yang sering lupa membuat masyarakat menjauhinya bahkan lansia akan menjadi bahan olokan oleh orang lain karena kelemahannya tersebut.

c. Emosional

Emosional Masalah yang biasanya dihadapi oleh lansia terkait dengan perkembangan emosional yakni sangat kuatnya rasa ingin berkumpul dengan anggota keluarga. Kondisi tersebut perlu adanya perhatian dan kesadaran dari anggota keluarga. Ketika lansia tidak diperhatikan dan tidak dihiraukan oleh anggota keluarga, maka lansia sering marah apalagi ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi lansia. Terkadang lansia juga terbebani dengan masalah ekonomi keluarganya yang mungkin masih dalam kategori kekurangan dan hal tersebut menjadi beban bagi lansia sehingga tidak sedikit lansia yang mengalami stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

d. Spritual

Masalah yang sering dihadapi para lansia diusia senjanya terkait dengan perkembangan spiritual adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena ada masalah pada kognitifnya dimana daya ingatnya yang mulai menurun. Lansia yang menyadari bahwa semakin tua harus banyak mendekatkan diri pada Tuhan maka akan semakin banyak dan meningkatkan nilai beribadah. Lansia akan merasa kurang tenang ketika mengetahui ada anggota keluarganya yang belum mengerjakan ibadah, dan merasa sedih ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius dalam keluarganya.

6. Perawatan Masalah Lansia Menurut Amalia Senja (2018).

a. Perawatan Fisik

Perawatan pada lansia juga dapat dilakukan dengan pendekatan fisik melalui perhatian terhadap kesehatan, kebutuhan, kejadian yang dialami klien lansia semasa hidupnya, perubahan fisik pada organ tubuh, tingkat kesehatan yang masih dapat dicapai dan dikembangkan, dan penyakit yang dapat dicegah atau progresifitas penyakitnya. Pendekatan fisik secara umum bagi klien lanjut usia dapat dibagi 2 bagian:

- 1) Klien lansia yang masih aktif dan memiliki keadaan fisik yang masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga dalam kebutuhannya sehari-hari ia masih mampu melakukannya sendiri.
- 2) Klien lansia yang pasif, keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit. Perawat harus mengetahui dasar perawatan klien lansia ini, terutama yang berkaitan dengan kebersihan perseorangan untuk mempertahankan kesehatan.

a) Perawatan Psikologis

Perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lansia. Perawat dapat berperan sebagai pendukung terhadap segala sesuatu yang asing, penampung rahasia pribadi dan sahabat yang akrab. Perawat hendaknya memiliki Kesabaran dan ketelitian dalam memberi kesempatan dan waktu yang cukup banyak untuk menerima berbagai bentuk keluhan agar lansia merasa puas. Perawat harus selalu memegang prinsip *triple S* yaitu sabar, simpatik dan *service*. Bila ingin mengubah tingkah laku dan pandangan mereka terhadap Kesehatan, perawat bisa melakukannya secara perlahan dan bertahap.

b) Perawatan sosial

Berdiskusi serta bertukar pikiran dan cerita merupakan salah satu upaya perawat dalam melakukan pendekatan sosial. Memberi kesempatan untuk berkumpul bersama dengan sesama klien lansia

berarti menciptakan sosialisasi. Pendekatan sosial ini merupakan pegangan bagi perawat bahwa lansia adalah makhluk sosial yang membutuhkan orang lain. Dalam pelaksanaannya, perawat dapat menciptakan hubungan sosial, baik antar lansia maupun lansia dengan perawat. Perawat memberi kesempatan seluas-luasnya kepada lansia untuk mengadakan komunikasi dan melakukan rekreasi. Lansia perlu dimotivasi untuk membaca surat kabar dan majalah.

7. Peran *Care Giver* dalam proses manajemen kasus

Care giver dalam tata laksana kasus berperan sebagai *case manager*. Perawat sebagai *care giver* utama berperan memberikan manajemen kasus bagi klien dengan berbagai permasalahan kesehatan yang mempunyai hubungan dengan komponen yang berhubungan dengan kesehatan. Unsur kunci dalam manajemen kasus klien (secara siklik), di antaranya sebagai berikut.

- a. Menemukan kasus/*case discovery*.
- b. Pengkajian awal.
- c. Rencana perawatan/*care plan*.
- d. Pengaturan waktu dan koordinasi pelayanan.
- e. Tindakan *home care* atau *visite* perawatan.
- f. Monitoring atau pemantauan.
- g. Evaluasi berkelanjutan.
- h. *Replanning*.
- i. Reevaluasi.

8. Tindakan Perawatan Dasar Pada Lansia

Beberapa intervensi atau perencanaan perawatan dasar lansia meliputi hal-hal sebagai berikut Menurut Untari (2019):

a) Mempertahankan Fungsional dari Fisik

Dalam beberapa kasus mungkin akan ditemukan *Activity Daily Living/ADL* atau kebutuhan sehari-hari klien yang perlu didukung oleh keluarga ataupun *care giver* (dalam beberapa kasus dengan kelemahan atau kelumpuhan). Misalnya, dalam personal hygiene.

Risiko jatuh pada lansia menjadi perhatian umum. Beberapa penyebab risiko jatuh pada lansia bervariasi. Dalam masalah ini, tindakan perawatan yang dapat dilakukan mencakup pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

1) Pencegahan Primer

Pencegahan yang dimaksudkan adalah untuk meminimalisasikan risiko jatuh. Intervensi yang dapat dilakukan, antara lain pengkajian fisik dan psikososial yang seksama, peninjauan terhadap penggunaan obat-obatan, dan pengkajian lingkungan serta penatalaksanaan terhadap masalah-masalah potensial.

2) Pencegahan Sekunder

Tujuan dari pencegahan sekunder adalah mencegah lansia mengalami kejadian jatuh lagi. Caranya dengan mempelajari riwayat jatuh, menemukan penyebab-penyebabnya dan dapat mengoreksi, serta pemberian edukasi

3) Pencegahan Tersier

Pengembalian fungsi yang optimal setelah jatuh yang ditujukan untuk lansia yang mengalami dampak serius akibat kejadian jatuh seperti gangguan psikologis. Tindakan yang dapat segera dilakukan adalah mengembalikan mobilitas secepat mungkin, dan memfokuskan pemulihan pada kembalinya fungsi seperti sedia kala

a) Mempertahankan Kondisi Psikososial

Konsep spiritualitas dipahami sebagai dua konsep, yaitu secara vertikal dan horizontal. Secara vertikal merupakan hubungan seorang individu dengan Tuhan, sedangkan secara horizontal dimaknai sebagai hubungan dengan sesama manusia. Definisi spiritualitas mencakup religiositas, namun religiositas tidak mencakup spiritualitas.

Konsep spiritualitas sangat penting dikembangkan pada lansia karena melambangkan harapan, kebutuhan akan makna dan tujuan, akan cinta, dan pengampunan. Contoh kasusnya adalah kondisi ketika lansia mengalami terminal *disease* maka beriman kepada Tuhan

memberikan alasan bagi lansia untuk hidup dan berharap, selama mereka berusaha untuk mencapainya.

b) Mempertahankan Keadaan Lingkungan yang mendukung

Kasus kejadian depresi cukup besar dan memiliki dampak terhadap kejadian bunuh diri. Sejumlah bahaya interpersonal dan lingkungan yang banyak terdapat pada kehidupan akhir dapat bergabung menempatkan lansia pada risiko depresi yang lebih besar. depresi sering berkaitan dengan demensia sehingga dianjurkan bagi perawat untuk melakukan skrining status mental, seperti *Mini-Mental Status Exam* (MMSE) untuk mengkaji status kognitif.

c) Mempertahankan Komunikasi Yang Terbuka Dalam Keluarga dan Sosial

Komunikasi yang terbuka menciptakan suatu kondisi yang memberikan kesempatan seorang *care Giver* memahami. Komunikasi teraupetik yang diterapkan dengan baik dan benar akan menciptakan hubungan yang harmonis antara perawat dan pasien. Pasien juga merasa nyaman menjalani perawatan dan kooperatif dalam menerima setiap intervensi keperawatan.

B. Konsep Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian Stroke

Stroke non hemoragik atau *infark* adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus di *arteri cerebrum* atau *embolis* yang mengalir ke otak dan tempat lain tubuh. Hal ini mengakibatkan gangguan sirkulasi atau peredaran darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan tanda dan gejala pada seseorang yang terkena stroke hemoragik (Ratnasari, 2020).

Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh trombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang di suplai. Sehingga, kematian sel atau jaringan otak ini menyebabkan sel-sel otak didaerah

tersebut tidak dapat berfungsi lagi atau mengalami penurunan fungsi (Nggebu, 2019).

Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Nasution et al., 2018). Berdasarkan definisi tersebut penulis dapat menyimpulkan Berdasarkan proses yang mendasari terjadinya gangguan peredaran darah otak, stroke dibedakan menjadi dua kategori Menurut Imanda (2019). Yaitu:

a. Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik atau stroke iskemik merupakan 88% dari seluruh kasus stroke. Pada stroke iskemik terjadi iskemia akibat sumbatan atau penurunan aliran darah otak. Berdasarkan perjalanan klinis, dikelompokkan menjadi:

1) TIA (*Transient Ischemic Attack*)

Pada TIA gejala neurologis timbul dan menghilang kurang dari 24 jam. Disebabkan oleh gangguan akut fungsi fokal serebral, emboli maupun trombosis.

2) RIND (*Reversible Ischemic Neurologic Deficit*)

Gejala neurologis pada RIND menghilang lebih dari 24 jam namun kurang dari 21 hari.

3) *Stroke in Evolution*

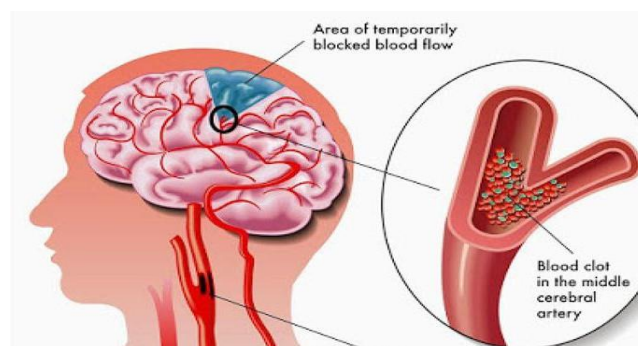
Stroke yang sedang berjalan dan semakin parah dari waktu ke waktu.

4) *Completed Stroke*

Kelainan neurologisnya bersifat menetap dan tidak berkembang lagi. Stroke non hemoragik terjadi akibat penutupan aliran darah ke sebagian otak tertentu, maka terjadi serangkaian proses patologik pada daerah iskemik. Perubahan ini dimulai dari tingkat seluler berupa perubahan fungsi dan bentuk sel yang diikuti dengan kerusakan fungsi dan integritas susunan sel yang selanjutnya terjadi kematian neuron. Stroke non hemoragik dibagi lagi berdasarkan lokasi penggumpalan, Menurut Imanda (2019) Yaitu:

a) Stroke Non hemoragik Embolik

Pada tipe ini embolik tidak terjadi pada pembuluh darah otak, melainkan di tempat lain seperti di jantung dan sistem vaskuler sistemik. Embolisasi kardiogenik dapat terjadi pada penyakit jantung dengan shunt yang menghubungkan bagian kanan dengan bagian kiri atrium atau ventrikel. Penyakit jantung rheumatoid akut atau menahun yang meninggalkan gangguan pada katup mitralis, fibrilasi atrium, infark kordis akut dan embolus yang berasal dari vena pulmonalis. Kelainan pada jantung ini menyebabkan curah jantung berkurang dan serangan biasanya muncul disaat penderita tengah beraktivitas fisik seperti berolahraga.



Gambar 2 1 Stroke Non Hemoragik Menurut Imanda 2019

b) Stroke Non Hemoragik Trombus

Terjadi karena adanya penggumpalan pembuluh darah ke otak. Dapat dibagi menjadi stroke pembuluh darah besar (termasuk sistem arteri karotis) merupakan 70% kasus stroke non hemoragik trombus dan stroke pembuluh darah kecil (termasuk sirkulus Willisii dan sirkulus posterior). Trombosis pembuluh darah kecil terjadi ketika aliran darah terhalang, biasanya ini terkait dengan hipertensi dan merupakan indikator penyakit atherosklerosis.

Stroke merupakan penyebab kecacatan pertama dan penyebab ketiga kematian setelah penyakit jantung koroner dan kanker yang dibedakan menjadi 2 jenis stroke yaitu iskemik dan hemoraghic (Harahap, 2021). Stroke iskemik merupakan salah satu penyakit akibat aterosklerosis yang

pada akhirnya menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah di otak manusia (Nugraha, 2020). Defisit neurologis yang terjadi ketika pembuluh darah yang memasok ke otak terhambat akibat dari deposit lemak yang melapisi dinding pembuluh darah, yang disebut aterosklerosis, yang dapat menyebabkan obstruksi yaitu trombosis serebral (Alamsyah, 2019).

2. Etiologi Stroke Non Hemoragik

Menurut Nurarif (2015), faktor-faktor yang dapat menyebabkan stroke yaitu sebagai berikut:

a. Faktor yang tidak dapat di rubah (*non reversible*)

Jenis kelamin: pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibanding wanita

Usia: semakin tinggi usia semakin tinggi pula resiko terkena stroke.

b. Faktor yang dapat di rubah (*reversible*)

1) Hipertensi

2) Penyakit jantung

3) Kolesterol tinggi

4) Obesitas

5) Diabetes mellitus

6) Polisitemia

7) Stress emosional

c. Kebiasaan hidup

1) Merokok

2) Peminum alcohol

3) Obat-obatan terlarang

4) Aktivitas tidak sehat: kurang olahraga, makanan berkolestrol.

3. Manifestasi Klinis Stroke Non hemoragik

Menurut Hernata (2014), manifestasi klinis pada pasien dengan stroke yaitu sebagai berikut:

- a. Adanya serangan neurologis fokal berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan, tungkai atau salah satu sisi tubuh

- b. Melemahnya otot (hemiplegia), kaku dan menurunnya fungsi motorik
 - c. Hilangnya rasa atay adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh seperti baal, mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan, rasa perih bahkan seperti rasa terbakar di bagian bawah kulit
 - d. Gangguan penglihatan
 - e. Menurunnya kemampuan mencium bau maupun mengecap
 - f. Adanya gangguan dan kesulitan dalam menelan makanan maupun minuman
 - g. Adanya gangguan berbicara dan sulit berbahasa yang ditunjukkan dengan bicara yang tidak jelas.
4. Patofisiologi Stroke Non Hemoragik

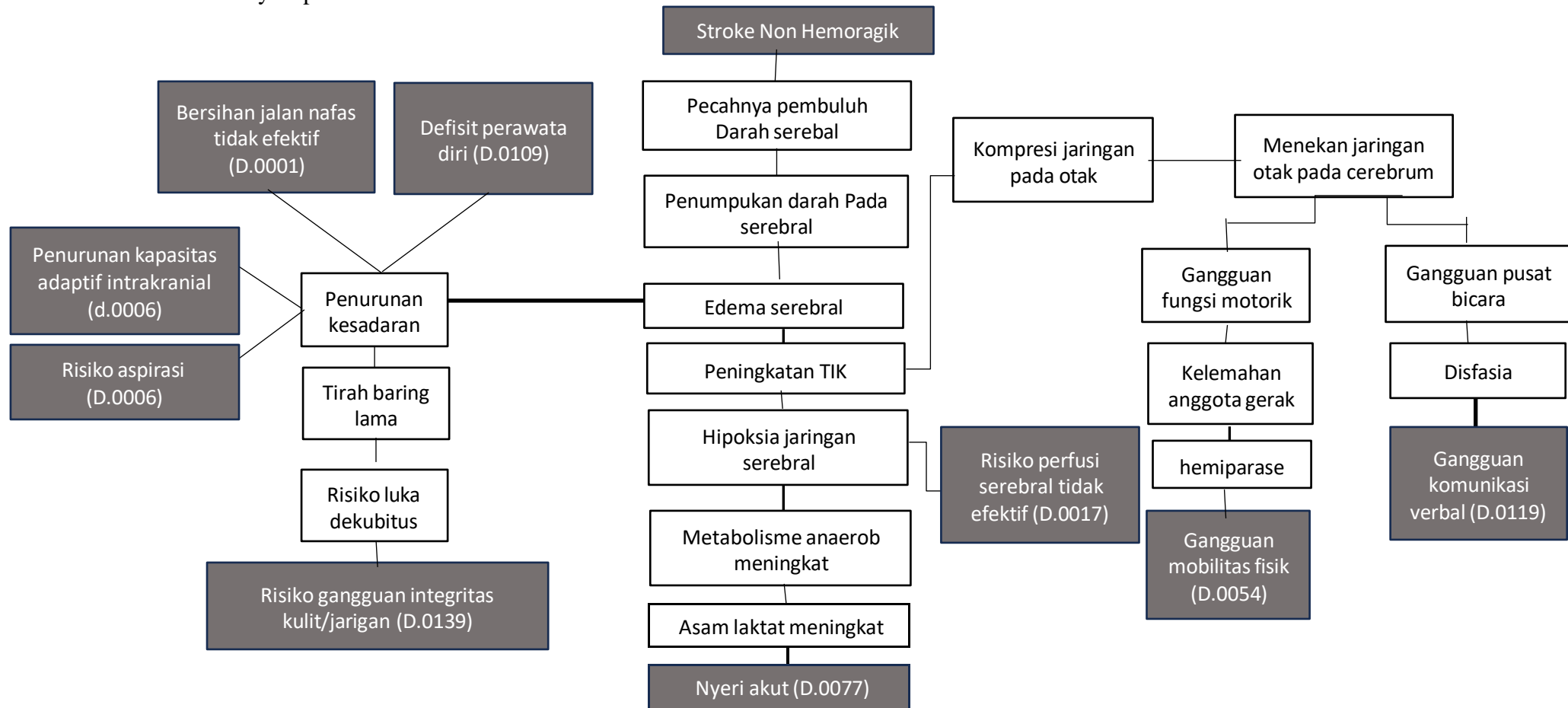
Stroke iskemik adalah tanda klinis gangguan fungsi atau kerusakan jaringan otak sebagai akibat dari berkurangnya aliran darah ke otak, sehingga mengganggu pemenuhan kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Aliran darah dalam kondisi normal otak orang dewasa adalah 50-60 ml/100 gram otak/menit. Berat otak normal rata-rata orang dewasa adalah 1300- 1400 gram (+ 2% dari berat badan orang dewasa). Sehingga dapat disimpulkan jumlah aliran darah otak orang dewasa adalah + 800 ml/menit atau 20% dari seluruh curah jantung harus beredar ke otak setiap menitnya.

Pada keadaan demikian, kecepatan otak untuk memetabolisme oksigen + 3,5 ml/100 gram otak/menit. Bila aliran darah otak turun menjadi 20-25 ml/100 gram otak/menit bila aliran darah otak turun menjadi 20-25 ml/100 gram otak/menit 13 akan terjadi kompensasi berupa peningkatan ekstraksi oksigen ke jaringan otak sehingga fungsi-fungsi sel saraf dapat dipertahankan.¹⁷ Glukosa merupakan sumber energi yang dibutuhkan oleh otak, oksidanya akan menghasilkan karbondioksida (CO₂) dan air (H₂O). Secara fisiologis 90% glukosa mengalami metabolisme oksidatif secara lengkap. Hanya 10% yang diubah menjadi asam piruvat dan asam laktat melalui metabolisme *anaerob*. Energi yang dihasilkan oleh metabolisme *aerob* melalui siklus Kreb adalah 38 mol *Adenoain trifosfat* (ATP)/mol glukosa sedangkan pada glikolisis anaerob hanya dihasilkan 2 mol Atp/mol glukosa

Proses patofisiologi stroke iskemik selain kompleks dan melibatkan patofisiologi penyumbatan darah otak (terutama di daerah yang mengalami trauma, kegagalan energi, hilangnya homeostatis ion sel, asidosis, peningkatan, kalsium intraseluler, eksitotositas dan toksisitas radikal bebas), juga menyebabkan kerusakan neuronal yang mengakibatkan akumulasi glutamat di ruang ekstraseluler, sehingga kadar kalsium intraseluler akan meningkat melalui transpor glutamat, dan akan menyebabkan ketidakseimbangan ion natrium yang menembus membran.

Stroke Non Hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus (Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, 2019).

5. Patway Keperawatan



SKEMA 2.1 PATWAY KEPERAWATAN Menurut Budi hartanto 2016

6. Faktor Risiko

Faktor risiko yang terjadi pada stroke Non hemoragik yaitu:

a. Usia

Stroke dapat menyerang siapa saja, semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke. Dimana pada usia tua tersebut semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi rapuh.

b. Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Merokok meningkatkan resiko terkena stroke dua sampai empat kali ini berlaku untuk semua jenis rokok dan untuk semua tipe rokok, terutama perdarahan subarahnoid karena terbentuknya aneurisma.

c. Mengonsumsi alkohol secara berlebihan

Minum alkohol lebih dari satu gelas pada pria dan lebih dari dua gelas pada wanita dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

d. Hipertensi

Tekanan darah yang tinggi merupakan faktor risiko utama penyebab stroke. Pada keadaan ini terjadi peningkatan curah jantung karena peningkatan kontraksi jantung.

e. Penyakit hati kronis meningkatkan kemungkinan ICH karena koagulopati dan trombositopenia.

f. Penggunaan obat - obatan narkotika

Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan amphetamine merupakan resiko terbesar terjadinya stroke pada dewasa muda (Darmawan, 2019).

7. Klasifikasi Stroke Non Hemoragik

Klasifikasi pada pasien stroke Non hemoragik menurut (Hartati, 2020) adalah :

a. Perdarahan Intra Serebral (PIS)

Perdarahan Intra Serebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di dalam otak sehingga menyebabkan darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak (Hartati, 2020).

Penyebab PIS biasanya terjadi karena tekanan darah tinggi jangka panjang, setelah itu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya *mikroaneurisma*. Pemicu lainnya adalah stress fisik, emosi, peningkatan tekanan darah secara mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan, gangguan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama jika perdarahannya meluas (masif) (Hartati, 2020).

b. Perdarahan ekstra serebral / perdarahan sub arachnoid (PSA)

Perdarahan sub arachnoid adalah masuknya darah ke ruang *subarachnoid* baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan *subarachnoid* primer) (Hartati, 2020). Penyebab yang paling sering dari PSA primer adalah robeknya aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% aneurisma penyebab PSA berupa aneurisma sakuler *congenital*, *angioma* (6-20%), gangguan koagulasi (iatronik/obat anti koagulan), kelainan *hematologic* (misalnya trombositopenia, leukemia, anemia aplastik), tumor, infeksi (misal vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mukosis, TBC), idiopatik atau tidak diketahui (25%), serta trauma kepala (Hartati, 2020). Sebagian kasus PSA terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan tekanan mental dan fisik. Terkadang dapat disebabkan karena aktivitas fisik yang menonjol seperti : mengangkat beban, membungkuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan melakukan hubungan intim (koitus) kadang bisa jadi penyebabnya. (Hartati, 2020).

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Fadul (2019). pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien stroke Non hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Angiografi serebral

Membantu mengidentifikasi penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arterio vena atau adanya ruptur dan menemukan sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

b. Lumbal pungsi

Peningkatan tekanan dan bercak darah terkait pada laju pernapasan di daerah lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya didapatkan perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (*xantokrom*) pada beberapa hari pertama.

c. CT scan

Pemindaian ini secara khusus menunjukkan lokasi pembengkakan, hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara tepat. Hasil pemeriksaan biasanya mrenunjukkan hipertensi fokal, terkadang pematatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

d. MRI

MRI (*Magnetic Imaging Resonance*) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan lokasi dan luasnya perdarahan di otak. Hasil pemeriksaan biasanya menunjukkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

e. *USG Doppler*

Untuk mengetahui adanya masalah sistem karotis.

f. *EEG*

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat permasalahan yang muncul dan pengaruh jaringan yang mengalami infark sehingga implus listrik pada jaringan otak yang berkurang.

9. Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

a. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

- a) Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator
- b) Monitoring peningkatan tekanan intrakranial
- c) Monitor fungsi pernafasan
- d) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
- e) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- f) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
- g) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
- h) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, dan refleks (Tarwoto,2013).

2) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke

- a) Antihipertensi : captopril, antagonis kalsium
- b) Diuretik : furosemide
- c) Antikonvulsan : fenitolin
- d) Fase rehabilitasi
- e) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- f) Pertahankan komunikasi yang efektif
- g) Pertahankan integritas kulit
- h) Mempertahankan keseimbangan tubuh dengan rentang gerak sendi atau ROM .

10. Komplikasi Stroke Non hemoragik Menurut Nugroho (2016).

a. Dekubitus

Tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka atau lecet pada bagian tubuh saat menjadi tumpuan saat berbaring, seperti : pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit.

b. Darah beku

Akibat sumbatan pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan, maka bagian tersebut akan membengkak. Pembekuan darah bukan hal yang pantas diremehkan, jika terjadi pada arteri yang mengalir ke paru-paru maka akan menyebabkan pasien sulit untuk bernafas.

c. Radang-radang paru-paru

Kesulitan menelan yang dialami pasien menyebabkan terjadinya penumpukan cairan di dalam paru-paru. Batuk-batuk kecil yang sering mereka alami setelah minum dan makan menandakan adanya tumpukan cairan atau lendir yang menyumbat saluran pernapasan. Jika cairan tersebut terkumpul di paru-paru maka dapat menyebabkan pneumonia.

d. Kekakuan otot dan sendi

Terbaring lama akan mengakibatkan kekakuan otot atau sendi. Dalam hal ini bimbingan ahli fisioterapi sangat diperlukan untuk membimbing pasien melakukan gerakan terarah untuk memulihkan sendi dan melatih otot agar kembali berfungsi seperti semula.

e. Nyeri dibagian pundak

Kelumpuhan menyebabkan pasien mengalami nyeri di bagian pundaknya. Tangannya yang lemas terkulai tidak mampu mengontrol gerakan otot dan sendi di sekitar pundak sehingga terasa nyeri ketika digerakkan akibat saat ganti pakaian atau ditopong orang lain. Untuk mengatasi nyeri pundak, maka ada baiknya jika tangan pasien yang mengalami kelumpuhan digendong agar bertahan pada posisi yang benar. Gunakan gendongan yang terbuat dari kain yang nyaman serta kuat untuk menahan lengannya sehingga tetap stabil ketika tubuhnya digerakkan

C. Penatalaksanaan Terapi ROM pada pasien Stroke Non Hemoragik

1. *Range of Motion* (ROM)

Adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. Mobilisasi persendian dengan latihan ROM aktif dapat mencegah berbagai komplikasi seperti saluran

perkemihan, pneumonia aspirasi, nyeri karena tekanan, kontraktur, tromboplebitis, dekubitus sehingga mobilisasi dini penting dilakukan secara rutin dan kontinyu. Memberikan latihan ROM aktif secara dini dapat meningkatkan kekuatan otot karena menstimulasi motor unit yang terlibat maka akan terjadi peningkatan kekuatan otot (Potter & Perry, 2014).

Dengan tidak adanya intervensi yang efektif, hambatan mobilitas fisik tidak hanya dapat mengakibatkan hilangnya mobilitas secara total, tetapi juga mengurangi keterlibatan dalam kegiatan adat, sebagaimana dicatat (Felinda, 2021). Pengobatan hemiparesis yang tidak adekuat pada pasien stroke dapat mengakibatkan komplikasi seperti gangguan fungsional, gangguan mobilitas, gangguan aktivitas sehari-hari, dan kecacatan yang tidak dapat disembuhkan (Bakara & Warsito, 2016). Perbaikan prevalensi stroke dan kecacatan yang diakibatkannya dapat dicapai melalui penggunaan teknik *range of motion* (ROM) (Susanti et al., 2019).

Terapi Rom dianggap cukup efektif dilakukan pada pasien stroke hal itu dapat diketahui dalam penelitian studi literatur yang dilakukan oleh Karlina, Fadila, dan Khairiyah tahun 2023 yang mengamati lima artikel ilmiah, didapati kesimpulan bahwa pemberian terapi *Range of Motion* (ROM) aktif kepada klien strok selama 2 kali sehari dalam durasi 15-30 menit berpengaruh meningkatkan kekuatan otot klien. Dijelaskan bahwa terapi ROM aktif akan memberikan pengaruh positif terhadap kekuatan otot secara optimal jika diterapkan dalam waktu minimal empat minggu secara terus menerus. ROM aktif ini direkomendasikan menjadi terapi untuk klien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik karena tekniknya yang sangat sederhana, tidak membutuhkan alat, bahan, dan biaya, serta tidak memerlukan kemampuan khusus (Karlina, Khairiyah, 2023).

Range Of Motion (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitas. Manfaat ROM sendiri yaitu memperbaiki tonus otot, mencegah kekuan sendi, memperlancarsirkulasi darah, dan meningkatkan mobilisasi sendi. Setelah dilakukan tindakan sesuai penelitian yang dilakukan (Budi et al., 2019). Pelaksanaan latihan gerakan untuk individu yang menderita stroke sangat penting dalam mempromosikan kemandirian pasien.

Pemulihan fungsi ekstremitas secara bertahap melalui latihan gerak bisamembantu mencapai tingkat kenormalan dan mengurangi dampak melemahnya kekuatan pada aktivitas sehari-hari

2. Tujuan dari Terapi ROM

ROM memiliki banyak tujuan diantaranya yaitu memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi, mengurangi rasa nyeri, mengembalikan kemampuan klien menggerakkan otot melancarkan peredaran darah.

3. Jenis-jenis ROM

menurut(Aini et al.,2020) ada dua yaitu:

a. Latihan ROM aktif

Latihan dengan meminta Klien menggunakan otot untuk melakukan gerak mandiri.

b. Latihan ROM pasif

Latihan ROM yang dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain kepada klien yang tidak mampu atau memiliki keterbatasan pergerakan.

4. Pelaksanaan ROM dan tata caranya

a. Idealnya sekali dalam sehari

b. Latihan masing-masing dilakukan +- 10 hitungan.

c. Mulai latihan secara bertahap

d. Usahakan sampai gerakan penuh, tapi jangan memaksakan gerakan klien,tetap sesuaikan dengan batas toleransi gerakan pasien.

Perhatikan respon pasien, Hentikan bila terasa respon nyeri dan segera konsultasikan ke tenaga kesehatan.

5. Cara melakukan ROM Menurut (Hidayati,2014).

Table 2.1 Cara Melakukan Rom

1	2	3
Leher		
Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada.	Rentang 45°
Ekstensi	Mengembalikan kepala keposisi tegak.	Rentang 45°
Hyperekstensi	Menekuk kepala kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 40-45°
Fleksi lateral	Memiringkan kepala sejauh mungkin kearah setiap bahu.	Rentang 40-45°
Rotasi	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler.	Rentang 45°
Bahu		
Ekstensi	Mengembalikan lengan keposisi di samping tubuh.	Rentang 180°
Hiperekstensi	Menggerakkan lengan kebelakang tubuh, siku tetap lurus.	Rentang 45-60°
Abduksi	Menaikkan lengan posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala.	Rentang 180°
Adduksi	Menurunkan lengan kesamping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	Rentang 320°
Rotasi dalam	Dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang.	Rentang 90°

6. Gerakan terapi ROM beserta contohnya, Menurut (Hidayati, 2014).

a. ROM Pada leher

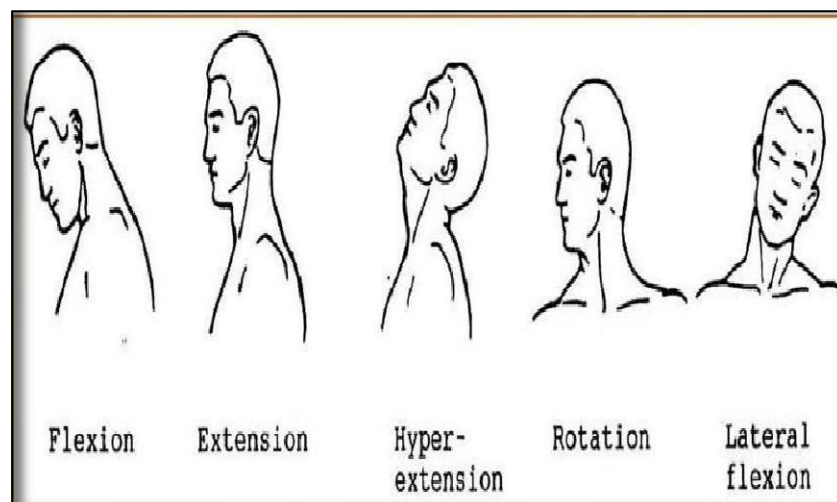
Fleksi : Menggerakkan dagu menempel ke dada

Ekstensi : Mengembalikan kepala ke posisi tegak

Hiperekstensi: Menekukan kepala ke belakang menegadahkan kepala keatas

Fleksi lateral : Memiringkan kepala semaksimal mungkin ke arah bahu kanan/kiri

Rotasi : Memutar kepala baik ke kanan maupun ke kiri dalam gerakan sirkular.



Gambar 2.2 Gerakan Rom Pada Leher

b. ROM pada bahu

Fleksi: Mengangkat lengan ke depan lalu ke atas

Ekstensi : Mengembalikan ke posisi semula yaitu disamping tubuh

Hiperekstensi : Menggerakkan lengan ke belakang tubuh dan siku tetap lurus.

Abduksi: Menaikan lengan ke arah kanan atau kiri dengan telapak tangan jauh dari kepala

Adduksi anterior : Menggerakkan lengan dari posisi samping tubuh silangkan

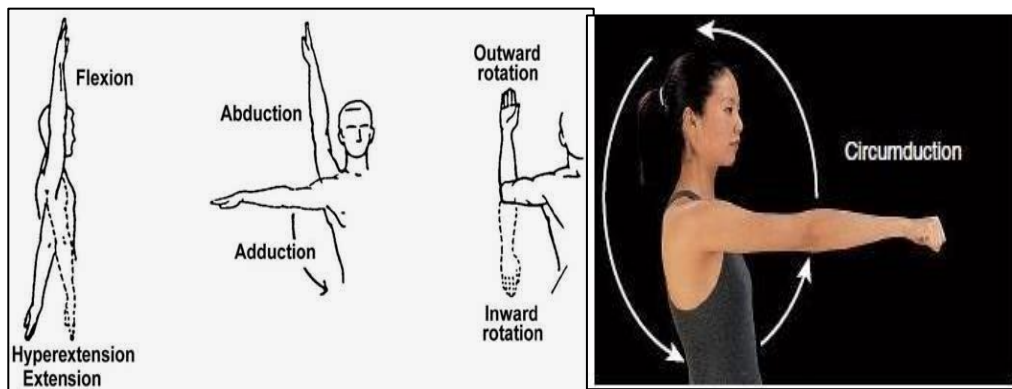
tangan ke depan tubuh semaksimal mungkin

Adduksi posterior : Menggerakkan lengan dari posisi samping tubuh silangkan tangan ke belakang tubuh semaksimal tubuh

Rotasi internal : Rentangkan lengan ke samping setinggi bahu dan bengkokan siku ke atas sehingga ujung jari menghadap ke atas, kemudian gerakan lengan ke bawah sehingga jari tangan menghadap ke bawah

Rotasi eksternal: Rentangkan lengan ke samping setinggi bahu lalu bengkokan siku ke bawah sehingga ujung jari menghadap ke bawah kemudian gerakan lengan ke atas sehingga jari tangan menghadap ke atas

Sirkumduksi : Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh dimulai dari depan ke belakang



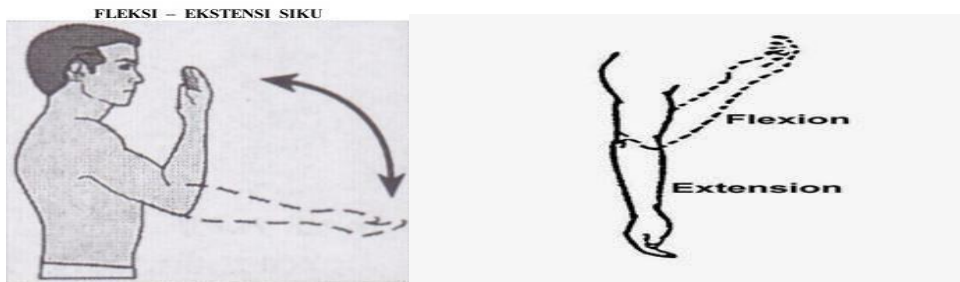
Gambar 2.3 Gerakan pada bahu

c. ROM pada Siku

Fleksi : Menekuk lengan bawah membentuk siku sampai mendekati pundak

Ekstensi : Meluruskan lengan bawah hingga tangan berada di sisi Tubuh

Hiperekstensi: Menggerakkan lengan bagian bawah ke belakang semaksimal mungkin.

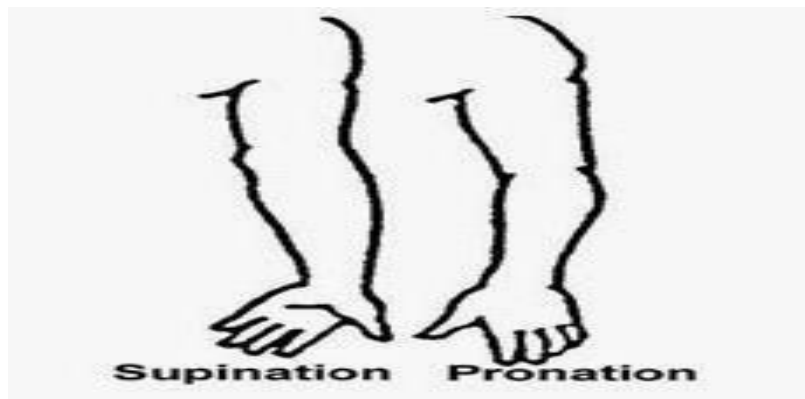


Gambar 2.4 Gerakan Rom Pada Siku

d. ROM pada lengan bawah

Supinasi: Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas

Pronasi: Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.



Gambar 2. 5 Gerakan Rom Pada Lengan Bawah

e. ROM pada pergelangan tangan

Fleksi : Menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah

Ekstensi : Mengangkat telapak tangan ke atas atau meluruskan telapak tangan sehingga telapak tangan sejajar dengan telapak tangan.

Hiperekstensi : Bengkokkan pergelangan tangan ke arah belakang semaksimal mungkin

Adduksi: Menggerakkan telapak tangan ke arah jari kelingking, posisi pergelangan tangan pronasi

Abduksi : Menggerakkan telapak tangan ke arah ibu jari posisi pergelangan tangan pronasi



Gambar 2.6 Gerakan Rom Pada Pergelangan Tangan

f. ROM pada jari-jari tangan

Fleksi : Membuat gengaman/mengepalkan tangan

Ekstensi : Meluruskan jari-jari tangan

Hiperekstensi: Menggerak jari-jari tangan ke belakangsemaksimal mungkin

Abduksi : Merenggangkan jari-jari tangan satu denganyang lainnya

Adduksi :

Merapatkan kembali jari-jari tangan.



Gambar 2.7 Gerakan Rom Pada jari-Jari Tangan

g. Rom pada ibu jari

Fleksi : Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan

Ekstensi : Menggerakkan ibu jari lurus menjauh daritangan

Abduksi : Menjauhkan ibu jari ke samping

Adduksi : Menggerakkan ibu jari ke depan tangan



Gambar 2.8 Gerakan Rom Pada Ibu Jari

Oposisi : Menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jaritan pada satu tangan.

h. ROM pada pinggul

Fleksi: Menggerakan salah satu kaki ke depan dan keatas, posisi lutut dalam keadaan lurus dan ditekuk

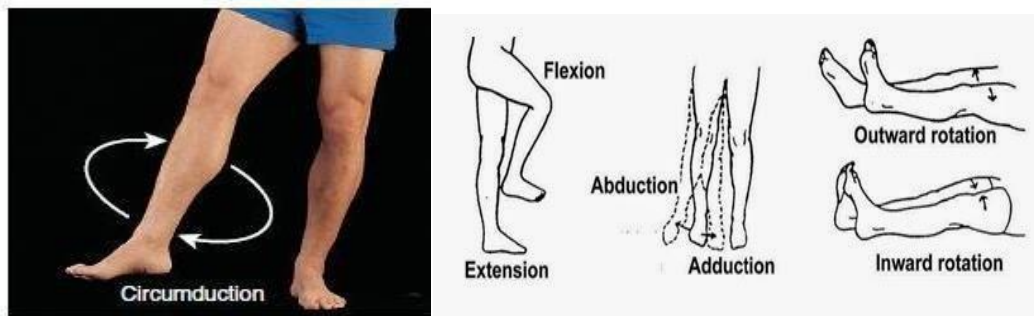
Ekstensi: Gerakan salah satu kaki kembali keposisi semula sehingga kedua kaki sejajar

Hiperekstensi : Menggerakan tungkai ke belakang tubuh

Abduksi: Menggerakan tungkai ke samping menjauhi tubuh

Adduksi: Gerakan salah satu kaki ke depan dan menyilangkannya

Internal rotasi: Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain

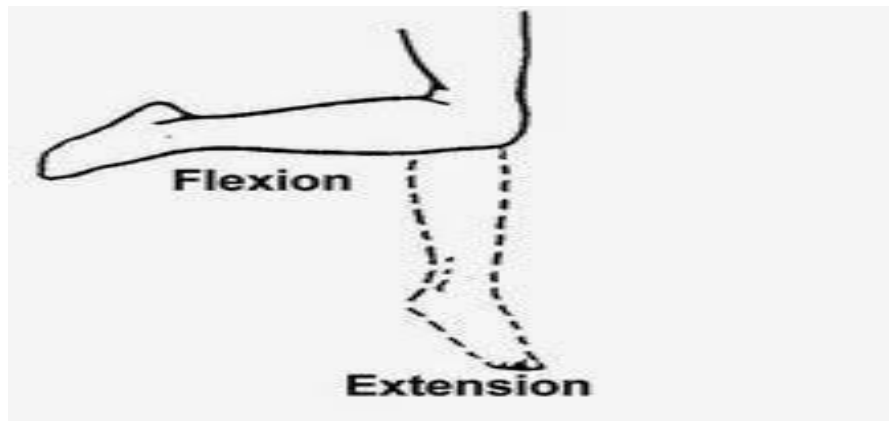


Gambar 2.9 Gerakan Rom Pada Pinggul

i. Rom pada lutut

Fleksi: Menggerakkan lutut menekuk ke belakangmendekati paha

Ekstensi: Menggerakkan kaki untuk meluruskansehingga posisi kaki kanan dan kiri sejajar.

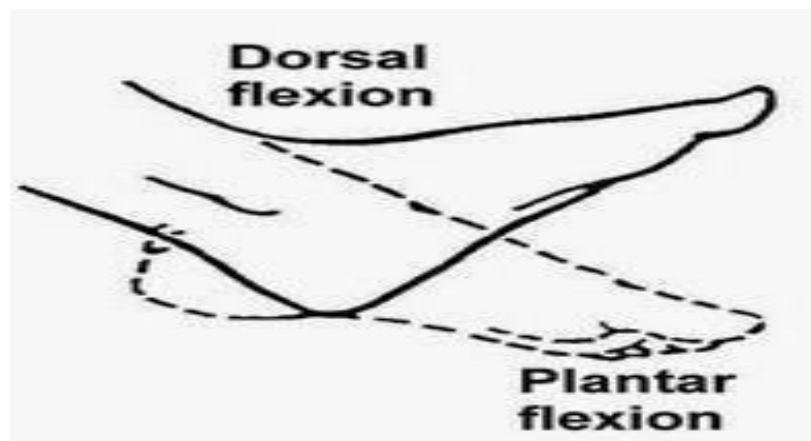


Gambar 2.10 Gerakan Rom Pada Lutut

j. ROM pada mata kaki

Dorsal fleksi : Menggerakkan kaki menekuk ke atas

Plantar fleksi : Menggerakkan kaki menekuk ke bawah.



Gambar 2.11 Gerakan ROM pada Mata Kaki

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Teoritis

1. Pengkajian keperawatan

Adapun fokus pengkajian pada klien dengan stroke non hemoragik menurut Untari (2019). Yaitu:

a. Identitas klien

Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

b. Keluhan Utama

Adapun keluhan utama yang sering di jumpai yaitu klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, biasanya klien mengalami bicara pelo, biasanya klien kesulitan dalam berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keadaan ini berlangsung secara mendadak baik sedang melakukan aktivitas ataupun tidak sedang melakukan aktivitas. Gejala yang muncul seperti mual, nyeri kepala, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat kesehatan Dahulu

Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitu memiliki riwayat hipertensi, riwayat DM, memiliki penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, riwayat kotrasepsi oral yang lama, riwayat penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat keluarga dengan hipertensi, adanya riwayat DM, dan adanya riwayat anggota keluarga yang menderita stroke.

f. Pengkajian Head to toe

Pengkajian fisik dari kepala sampai ke kaki yang dilakukan secara benar

g. Pengkajian Untuk Lansia

1) Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

2) Komponen gaya berjalan dan gerakan

h. Pengkajian Status Mental

Pengkajian pada intonasi bicara klien keaktifan klien, dapat mengingat tanggal, mencuci tangan, dapat mengambil keputusan secara sederhana tanpa bantuan

i. Pengkajian Masalah Emosional

Klien mengatakan mengalami sulit tidur, adanya perasaan khawatir pada kondisinya

j. Pengkajian Perilaku Masalah Kesehatan

1) Pola Kebiasaan

Klien mengatakan suka dengan kebersihan

2) Nutrisi

Klien mengatakan makan 3 x sehari (Nasi + Lauk + Sayur)

3) Pola Istirahat

Klien mengatakan sulit tidur

4) Eliminasi

Klien mengatakan BAB 1x1 sehari setiap pagi dan BAK 1-2x sehari

5) Pola Aktivitas

Klien mengatakan sehari-hari melakukan kegiatan sendiri saja

6) Pola Hygiene

Klien mengatakan mandi 2-3 x sehari menggunakan sabun

k. Riwayat Psikososial

Adanya keadaan dimana pada kondisi ini memerlukan biaya untuk pengobatan secara komprehensif, sehingga memerlukan biaya untuk pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan yang sangat mahal dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga.

l. Pemeriksaan Fisik

1. Tingkat kesadaran

Gonce (2014) tingkat kesadaran merupakan parameter utama yang sangat penting pada penderita stroke. Perlu dikaji secara teliti dan secara komprehensif untuk mengetahui tingkat kesadaran dari klien dengan stroke. Macam-macam tingkat kesadaran terbagi atas:

Composmentis : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.

Apatis : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.

Derilium : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta-ronta.

Somnolen : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali.

Sopor : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

Semi-Coma : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respon terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.

Coma : yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respon terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respon terhadap rangsang nyeri.

Berikut tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai dari skor yang didapat dari penilaian *Glasgow Coma Scale* (GCS) klien : Nilai GCS Composmentis : 15–14 Nilai GCS Apatis : 13–12 Nilai GCS Derilium : 11–10 Nilai GCS Somnolen : 9–7 Nilai GCS Semi Coma : 4 Nilai GCS Coma : 3

sesungguhnya dimana waktu untuk mengumpulkan data sangat terbatas, skala koma glasgow dapat memberikan jalan pintas yang sangat berguna.

Table 1.2 Glascoma Scale

Respon Membuka Mata	Nilai
Spontan	4
Terhadap Bicara	3
Terhadap Nyeri	2
Tidak ada respon	1
Respon Verbal	Nilai
Terorientasi	5
Percakapan yang membingungkan	4
Penggunaan kata-kata yang tidak sesuai	3
Suara menggumam	2
Tidak ada respon	1
Respon Motorik	Nilai
Mengikuti perintah	6
Menunjuk tempat rangsangan	5
Menghindar dari stimulus	4
Fleksi abnormal (dekortikasi)	3
Ekstensi abnormal (deserebrasi)	2
Tidak ada respon	1

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Untari (2019) diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien stroke yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme
- b. Gangguan menelan berhubungan dengan paralisis serebral
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- d. Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan
- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi

3. Tindakan Keperawatan

Table 2.3 Perencanaan

No	Dx Keperawatan	Tujuan&Kriteria Hasil	Intervensi
1	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil: - Tidak terjadi resiko perfusi serebral	<p>Manajemen Peningkatan TIK</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab peningkatan TIK • Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK • Monitor MAP <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan posisi semi fowler • Hindari pemberian cairan IV hipotonik • Cegah terjadinya kejang <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dalam pemberian sedasi dan konvulsan, jika perlu • Kolaborasi pemberian diuretik osmosi, jika perlu
2	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan mob ilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

		- Kekuatan Otot Meningkat	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu • Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam . meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)
3	Gangguan Komunikasi Verbal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah	<p>Promosi Komunikasi: Defisit Bicara</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis

		<p>teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan Berbicara meningkat 	<p>yang berkaitan dengan bicara</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gunakan metode komunikasi alternatif • Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan • Ulangi apa yang disampaikan pasien • Gunakan juru bicara, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan bicara perlahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rujuk ke ahli patologi atau terapis
4	Gangguan Menelan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan gangguan status menelan teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>Reflek menelan : meningkat</p> <p>Kemampuan mengunyah : meningkat</p>	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi diet yang dianjurkan • Monitor kemampuan menelan Monitor status hidrasi pasien, jika perlu <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan • Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum

		<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Letakkan makanan di sisi mata yang sehat • Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan • Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan • Sediakan makanan dan minuman yang disukai • Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu • Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis, sayur di jam 12, rendang di jam 3) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat (mis analgesik, antiemetik), sesuai indikasi
--	--	---

5	Defisit perawatan diri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Kemampuan mandi: meningkat</p> <p>Kemampuan makan: meningkat</p> <p>Melakukan perawatan diri : meningkat</p>	<p>Tindakan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri • Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan • Monitor kebersihan tubuh (mis, rambut, mulut, kulit, kuku) • Monitor integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo. pelembap kulit) • Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman • Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan • Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan • Pertahankan kebiasaan kebersihan diri • Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi:</p>
---	------------------------	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan • Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
6	Resiko defisit nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah resiko defisit nutrisi tertasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Kekuatan otot mengunyah: meningkat</p> <p>Kekuatan otot menelan: meningkat</p>	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timbang berat badan secara rutin • Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai • Lakukan kontrak perilaku (mis. target berat badan, tanggung jawab perilaku) • Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan • Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku

			<ul style="list-style-type: none"> • Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak • Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis. medis, konseling) <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan) • Anjurkan pengaturan diet yang tepat • Anjurkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan
--	--	--	---

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap ini akan muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan

(Debora, 2015). Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang seperti klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawatan kesehatan yang lain.

5. Evaluasi

Komponen kelima dari proses keperawatan ini adalah evaluasi. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya tindakan keperawatan yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan yang lainnya. Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah yang disengaja dan terus menerus melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melangkah pengkajian ulang (Lismidar, 2014).