

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Salah satu dampak dari keberhasilan pembangunan nasional di bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial antara lain meningkatnya angka rata-rata usia harapan hidup penduduk yang ditandai dengan makin bertambahnya jumlah lansia (Khomsan, 2013, h. 27). Menurut Undang-Undang No.13/1998 tentang kesejahteraan Usia Lanjut, lansia dikelompokkan menjadi pralansia 45-59 tahun, lansia 60 tahun ke atas, lansia dengan resiko tinggi 70 tahun ke atas.

Penyakit yang terjadi pada lansia salah satunya adalah penyakit stroke. Kasus stroke dari tahun ke tahun terus menerus meningkat di negara maju seperti Amerika Serikat, setiap hari terjadi 750 kasus stroke baru di Amerika Serikat. Berdasarkan World Health Organisation diseluruh dunia dikira-kira 5,5 juta orang meninggal akibat stroke dan diperkirakan 2020 penyakit jantung dan stroke menjadi penyebab kematian di dunia (Projoalisastro, 2009, h. 7).

Angka kejadian stroke meningkat dengan tajam di Indonesia. Bahkan saat ini, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia dan menempati urutan ke tiga penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker (Yastroki, 2009, h. 39).

Angka kematian karena stroke sampai saat ini masih tinggi. Menurut estimasi *World Health Organisation (WHO)*, pada tahun 2008 ada 6,2 juta kematian karena stroke (WHO, 2012) dan merupakan penyebab kematian nomor 3 di dunia setelah jantung koroner dan kanker. Data yang lebih rinci oleh *American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA)* dalam *Heart Disease and Stroke Statistics-2012 Update*, menyebutkan bahwa setiap 4 menit seorang meninggal karena stroke dan stroke berkontribusi dalam setiap 18 kematian di Amerika Serikat pada tahun 2008 (Roger, et al. 2011). Di Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 setelah penyakit jantung, kanker dan penyakit kronik saluran pernafasan bawah (Minino, et al. 2011), sedangkan di

Inggris merupakan satu diantara tiga penyebab kematian tertinggi (National Audit Office, 2010), sementara di Australia stroke merupakan penyebab kematian nomor 2 setelah penyakit jantung koroner dengan 8.300 kematian pada tahun 2009 (Refshauge, 2012; National Stroke Foundation. 2012, h.23).

Tingginya angka kejadian stroke bukan hanya di negara maju saja, tetapi juga menyerang negara berkembang seperti Indonesia karena perubahan tingkah laku dan pola hidup masyarakat (Hartanti, 2012). Usia merupakan salah satu faktor resiko stroke, semakin tua umurnya maka resiko terkena stroke pun semakin tinggi. Penelitian WHO MONICA menunjukkan bahwa insiden stroke bervariasi antara 48 sampai 240 per10000 per tahun pada populasi usia 45 sampai 54 tahun, stroke dapat menyerang terutama pada mereka yang mengkonsumsi makanan berlemak. Life style atau gaya hidup selalu dikaitkan dengan berbagai penyakit yang menyerang usia produktif.

Di Indonesia belum ada penelitian epidemiologi tentang kejadian stroke terutama stroke berulang. Pola hidup masyarakat yang meliputi pola makan, aktifitas fisik atau olah raga, merokok, konsumsi alkohol dan stress merupakan salah satu faktor resiko yang diduga berperan dalam menimbulkan pemicu terjadinya stroke. Keadaan rawan stroke di Indonesia semakin meningkat, karena dikombinasi perubahan fisik, lingkungan, kebiasaan, gaya hidup dan jenis penyakit yang berkembang dengan tiba-tiba, menyebabkan resiko masyarakat terkena stroke, di Indonesia secara kumulatif bisa meningkat menjadi 10 sampai 15 kali atau yang pasti jauh lebih besar dibandingkan di masa-masa sebelumnya (Yayasan stroke indonesia. 2007, h.3).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar 2013, prevalensi stroke di Indonesia 12,1 per 1.000 penduduk. Angka itu naik dibandingkan Riskesdas 2007 yang sebesar 8,3 persen. Stroke telah jadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia, yakni 14,5 persen (Lusia Kus Anna 2014. <http://health.kompas.com/read/2014/07/16/150853923/Pasien.Stroke.Berobat.Saat.Kondisi.Parah>).

Menurut Dinkes Provinsi Jawa tengah (2013). Stroke dibedakan menjadi stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Prevalensi stroke hemoragik di jawa

tengah tahun 2013 adalah 0,07 lebih tinggi dari tahun 2012 (0,03%). Prevalensi tertinggi adalah di Kota Magelang sebesar 2,35% (<http://www.dinkesjatengprov.go.id/dokumen/profil/2014/Profil2014.htm>).

Data di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma upakara Pemalang jumlah lansia 90, peringkat diagnosa lansia dengan stroke menempati urutan ke-4 dengan rincian sebagai berikut: dari 90 lansia diagnosa medis untuk lansia sebagian besar berdiagnosa mdis hipertensi sebanyak 30 lansia (35,9%), kemudian arthritis rheumatoid 21 lansia (29,8%), arthritis gout 15 lansia (20,9%), stroke 10 lansia (15,7%), sisanya hampir merata yakni dengan diagnosa medis gastritis 8 lansia (10,5%), diabetes millitus 6 lansia (8,5%), dan kemudian sisanya 10 lansia (7,5%) lain-lain. Hal ini menunjukkan bahwa angka kejadian Stroke cukup tinggi dari hasil praktik keperawatan gerontik ( Arsip Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang , 2016).

Dilihat dari tingginya angka kejadian Stroke yang cukup tinggi dari hasil praktik klinik keperawatan gerontik STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan tahun 2016 di Unit Rehabilitasi Sosial Lansia Bisma Upakara Pemalang. Perlu adanya upaya penanganan dan pencegahan untuk menurunkan prevalensi penyakit Stroke di tahun mendatang. Dalam hal ini peran perawat sangatlah penting guna menuju kesehatan dan kemandirian pada penderita Stroke khususnya lansia agar bisa hidup sehat.

Pasca serangan stroke, pasien membutuhkan program rehabilitasi atau pemulihan kembali untuk penanganan stroke. Hal ini sangat penting karena stroke berhubungan dengan menurunnya fungsi otak sehingga biasanya terjadi komplikasi, seperti lumpuh dan bicara tidak jelas. Banyak pengobatan terapi untuk penderita stroke yang bisa dilakukan, mulai dari: Pengobatan modern (fisio terapi), tradisional (akupuntur) hingga semi modern-tradisional (terapi akupuntur laser), dan ROM. Intinya, pengobatan tersebut dilakukan untuk memulihkan kekuatan otot serta menstimulasi otot untuk bergerak kembali. Penulis menemukan beberapa masalah seperti pengobatan terapi untuk lansia dengan masalah stroke di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara pemalang. Untuk terapi yang mudah dilakukan dan tidak memerlukan banyak uang seperti

ROM yang harusnya dilakukan setiap hari secara rutin, petugas kesehatan Unit Pelayanan Sosial lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang tidak pernah memberikan terapi ROM kepada PM yang mempunyai masalah stroke. Untuk diitnya pun untuk semua PM disamakan, tidak diatur diit rendah garam untuk PM stroke karena hipertensi. Disana juga tidak terdapat *savety bed* untuk PM yang mempunyai kelemahan anggota gerak seperti stroke sehingga ada PM yang sering terjatuh dari tepat tidurnya ketika mencoba untuk melakukan perpindahan.

Didalam Unit Rehabilitasi Sosial Bisma Upakara Pemalang jumlah tenaga kesehatan sangat kurang, hanya terdapat 3 perawat, dan yang lain pekerja sosial, hal ini tidak sebanding dengan jumlah penerima manfaat (PM) atau klien, sehingga perawat merasa kesusahan dalam menerapkan asuhan keperawatan pada klien lansia. Pada penderita Stroke klien belum sepenuhnya mengetahui tentang penyakitnya, klien makan sesuai dengan hidangan yang ada, tidak ada makanan khusus untuk klien. Sehingga perawat harus memberikan pengetahuan kepada klien yang menderita Stroke tersebut.

Melihat dan mencermati dari latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk mengelola pasien dengan stroke sebagai asuhan keperawatan dan dijadikan sebagai Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada PM.S dengan Stroke Diruang Arjuna Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang”

## B. Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan gerontik yang tepat pada PM Stroke dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian yang tepat pada lansia dengan masalah Stroke.
- b. Mampu menegakkan masalah keperawatan yang tepat pada lansia dengan masalah Stroke.

- c. Mampu menentukan rencana keperawatan yang tepat pada lansia dengan masalah Stroke.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan dengan tepat pada lansia dengan masalah Stroke.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil dengan tepat dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada lansia dengan masalah Stroke.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan lansia dengan masalah Stroke.

### **3. Manfaat**

Manfaat yang diharapkan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah:

1. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran dan panduan dalam penanganan pasien dengan stroke

2. Bagi Profesi Keperawatan

Manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai masukan dan tambahan wacana pengetahuan, menambah wacana bagi profesi keperawatan.

3. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan informasi bagi penulis tentang asuhan keperawatan lansia dengan masalah stroke selain itu karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat menjadi salah satu cara penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang di peroleh di dalam perkuliahan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

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

##### **1. Proses Menua**

Proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah, dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup (Nugroho 2000, h. 13). Menurut UU No. 13 tahun 1998 (dikutip dalam Maryam *et al* 2010, h. 1) dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.

Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Lanjut Usia) Boedhi-Darmojo (2011, ed. 4, h. 1) mengatakan bahwa “menua” (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri / mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Dari pernyataan tersebut, dapat disimpulkan bahwa manusia secara perlahan mengalami kemunduran struktur dan fungsi organ. Kondisi ini dapat mempengaruhi kemandirian dan kesehatan lanjut usia, termasuk kehidupan seksualnya.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menjadi tua adalah proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran mulai kurang jelas, penglihatan mulai memburuk, gerakan lambat, dan figur tubuh yang tidak proporsional.

##### **2. Teori Proses Menua**

Proses menua bersifat individual yaitu tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda, masing-masing lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda dan tidak ada satu faktor pun yang ditemukan untuk mencegah proses menua. <sup>6</sup> Jenis teori penuaan yaitu teori biologi dan teori kejiwaan sosi:

a. Teori Biologis

1) Teori Genetik dan Mutasi (*Somatic Mutatie Theory*)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul / DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi. Sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin (terjadi penurunan kemampuan fungsional sel).

2) Reaksi dari kekebalan sendiri (*Auto Immune theory*).

Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit. Sebagai contoh ialah tambahan kelenjar timus yang pada usia dewasa berinvolusi dan semenjak itu terjadilah kelainan otoimun.

3) Teori Stres

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

4) Teori Radikal Bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

5) Teori Rantai Silang

Sel-sel yang tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekakuan, dan hilangnya fungsi.

b. Teori Kejiwaan Sosial

1) Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

- a) Ketentuan akan meningkatnya pada penurunan jumlah kegiatan secara langsung. Teori ini menyatakan bahwa pada *lanjut usia* yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.
- b) *Ukuran optimum* (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari *lanjut usia*.
- c) Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke *lanjut usia*.

2) Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada *lanjut usia*.

Teori ini merupakan gabungan dari teori diatas. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang *lanjut usia* sangat dipengaruhi oleh tipe *personality* yang dimilikinya.

3) Teori Pembebasan (*Disengagement Theory*)

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya. Pada *lanjut usia* pertama diajukan oleh Cumming and Henry 1961. Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial *lanjut usia* menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*Triple Loss*), yakni:

- a) Kehilangan peran (*Loss of Role*)
- b) Hambatan kontak sosial (*Restriction of Contacts and Relationship*)
- c) Berkurangnya komitmen (*Reduced Commitment to Social Mores and Values*) (Nugroho 2000, ed.2, hh. 16-18).

### 3. Perubahan Fisik dan Fungsi pada Lansia

#### Perubahan-Perubahan Fisik

##### a. Sel

- 1) Lebih sedikit jumlahnya.
- 2) Lebih besar ukurannya.
- 3) Berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraselular.
- 4) Menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah, dan hati.
- 5) Jumlah sel otak menurun.
- 6) Terganggunya mekanisme perbaikan sel.
- 7) Otak menjadi atrofis beratnya berkurang 5-10%.

##### b. Sistem Persarafan

- 1) Berat otak menurun 10-20%. (Setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya).
- 2) Cepatnya menurun hubungan persarafan.
- 3) Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres.
- 4) Mengecilnya saraf panca indra.

Berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.

- 5) Kurang sensitif terhadap sentuhan.

##### c. Sistem Pendengaran

- 1) *Presbiakusis* (gangguan pada pendengaran). Hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun.
- 2) *Membrana timpani* menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.

3) Terjadinya pengumpulan cerumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin.

4) Pendengaran bertambah menurun pada *lanjut usia* yang mengalami ketegangan jiwa/stres.

d. Sistem Penglihatan

1) *Sfingter pupil* timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar.

2) Kornea lebih berbentuk sferis (bola).

3) Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.

4) Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, dan susah melihat dalam cahaya gelap.

5) Hilangnya daya akomodasi.

6) Menurunnya lapangan pandang: berkurang luas pandangannya.

7) Menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau pada skala.

e. Sistem Kardiovaskuler

1) Elastisitas dinding aorta menurun.

2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.

3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.

4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah; kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65mmHg (mengakibatkan pusing mendadak).

5) Tekanan darah meninggi diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer; sistolis normal  $\pm$  170mmHg. Diastolis normal  $\pm$  90 mmHg.

f. Sistem Pengaturan Temperatur Tubuh

Pada pengaturan suhu, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu termostat, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu, kemunduran terjadi berbagai faktor yang mempengaruhinya. Yang sering ditemui, antara lain:

1) Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologik  $\pm 35^{\circ}\text{C}$  ini akibat metabolisme yang menurun.

2) Keterbatasan refleks menggil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktivitas otot.

g. Sistem Respirasi

1) Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku.

2) Menurunnya aktivitas dari silia.

3) Paru-paru kehilangan elastisitas; kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun.

4) Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.

5)  $\text{O}_2$  pada arteri menurun menjadi 75mmHg.

6)  $\text{CO}_2$  pada arteri tidak berganti.

7) Kemampuan untuk batuk berkurang.

8) Kemampuan pegas, dinding, dada, dan kekuatan otot pernapasan akan menurun seiring dengan pertambahan usia.

h. Sistem Gastrointestinal

1) Kehilangan gigi; penyebab utama adanya *periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk.

2) Indera pengecap menurun; adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atropi indera pengecap ( $\pm 80\%$ ), hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap tentang rasa asin, asam, dan pahit.

3) Esofagus melebar.

4) Lambung; rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun.

5) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi.

6) Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu).

7) Liver (hati); makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

- 8) Sistem reproduksi.
- 9) Menciutnya ovari dan uterus.
- 10) Atrofi payudara.
- 11) Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.
- 12) Dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik), yaitu:
  - a) Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa *lanjut usia*.
  - b) Hubungan seksual secara teratur membantu memperthankan kemampuan seksual.
  - c) Tidak perlu cemas karena merupakan perubahan alami.
- 13) Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya menjadi alkali, dan terjadi perubahan-perubahan warna.

i. Sistem Genitourinaria

1) Ginjal

Merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus). Kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya; kurangnya kemampuan mengkonsentrasi urin, berat jenis urin menurun proteinuria (biasanya +1); BUN (*Blood Urea Nitrogen*) meningkat sampai 21 mg%; nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.

2) Vesika urinaria (kandung kemih):

otot-otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat, vesika urinaria susah dikosongkan pada pria *lanjut usia* sehingga mengakibatkan meningkatnya retensi urin.

3) Pembesaran prostat ± 75% dialami oleh pria usia di atas 65 tahun.

4) Atrovi vulva

### 5) Vagina

Orang-orang yang makin menua *sexual intercourse* masih juga membutuhkannya; tidak ada batasan umur tertentu fungsi seksual seseorang berhenti; frekuensi *sexual intercourse* cenderung menurun secara bertahap tiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmati berjalan terus sampai tua.

#### j. Sistem Endokrin

- 1) Produksi dari hampir semua hormon menurun.
- 2) Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah.

##### 3) Pituitari:

Pertumbuhan hormon ada tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pembuluh darah; berkurangnya produksi dari ACTH, TSH, FSH, dan LH.

- 4) Menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya BMR=*Basal Metabolic Rate*, dan menurunnya daya pertukaran zat.
- 5) Menurunnya produksi aldosteron.
- 6) Menurunnya sekresi hormon kelami, misalnya: progesteron, estrogen, dan testosteron.

#### k. Sistem Kulit (*Integumentary System*)

- 1) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- 2) Permukaan kulit kasar dan bersisik (karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis).
- 3) Menurunnya respon terhadap trauma.
- 4) Mekanisme proteksi kulit menurun.
  - a) Produksi serum menurun.
  - b) Penurunan produksi VTD.
  - c) Gangguan pigmentasi kulit.
- 5) Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu.
- 6) Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- 7) Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi.

- 8) Pertumbuhan kuku lebih lambat.
  - 9) Kuku jari menjadi keras dan rapuh.
  - 10) Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk.
  - 11) Kelenjar keringat berkurang jumlahnya dan fungsinya.
  - 12) Kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.
1. Sistem Muskulosletal (*musculoskeletal System*)
    - 1) Tulang kehilangan *density* (cairan) dan makin rapuh.
    - 2) Kifosis.
    - 3) Pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas.
    - 4) *Discus intervetrebalis* menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang).
    - 5) Persendian membesar dan menjadi kaku.
    - 6) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
    - 7) Atrofi serabut otot (otot-otot serabut mengecil):  
Serabut-serabut otot mengecil sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram dan menjadi tremor.
    - 8) Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh.
- (Nugroho 2000, ed. 2, hh. 21-26).

#### 4. Batasan Lansia

WHO (1999) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis / biologis menjadi 4 kelompok yaitu usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60 dan 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun. Sedangkan menurut Nugroho (2000) menyimpulkan pembagian umur berdasarkan pendapat beberapa ahli, bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas.

Menurut Prof. Dr. Koesmanto Setyonegoro, lanjut usia dikelompokkan menjadi usia dewasa muda (*elderly adulthood*) 18 atau 20-25 tahun, usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas 25-60 tahun atau 65 tahun, lanjut

usia (*geriatric age*) lebih dari 65 tahun atau 70 tahun yang dibagi lagi dengan 70-75 tahun (*young old*), 75-80 tahun (*old*), lebih dari 80 (*very old*).

Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 seorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun. Tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas (Azizah 2011, h. 2).

## B. Konsep Penyakit Stroke

### 1. Pengertian

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak ( Nabyl 2012, h.17 ).

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian ( Batticaca 2008, h. 56).

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf / defisit neurologik akibat gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak (Junaidi 2006, h. 1).

Menurut definisi WHO, stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (WHO 2005).

Berdasarkan pengertian diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa stroke adalah gangguan fungsi otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan maupun sumbatan

dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau malah menyebabkan kematian.

## 2. Klasifikasi Stroke

Secara garis besar Stroke dibagi menjadi dalam dua kelompok besar, yaitu Stroke perdarahan (*hemoragik*) dan Stroke non perdarahan atau Stroke iskemik atau infark karena sumbatan arteri otak.

- a. Stroke hemoragik (perdarahan), serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis (mental).

### 1) Perdarahan intraserebral (*Parenchymatous hemorrhage*)

Gejalanya:

- a) Tidak jelas, kecuali nyeri kepala hebat akibat hipertensi.
- b) Serangan terjadi pada siang hari, saat beraktivitas, dan emosi atau marah.
- c) Mual atau muntah pada permulaan serangan.
- d) Hemiparesis atau hemiplegia terjadi sejak awal serangan.
- e) Kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma, (65% terjadi kurang dari  $\frac{1}{2}$  jam-2 jam; < 2% terjadi setelah 2 jam - 19 hari).

### 2) Perdarahan subaraknoid (*subarachnoid hemorrhage*)

Gejalanya

- a) Nyeri kepala hebat dan mendadak.
- b) Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi.
- c) Ada gejala atau tanda meninggal.
- d) Papiledema terjadi bila ada perdarahan subaraknoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna.

(Batticaca 2008, h. 58).

## b. Stroke Iskemik / Non-Perdarahan

Berdasarkan perjalanan klinisnya, stroke iskemik dikelompokan menjadi:

- 1) *Transient Ischemic Attack* (TIA): serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND): gejala neurologis akan menghilang antara >24 jam sampai dengan 21 hari.
- 3) *Progressing Stroke* atau *Stroke-in-evolution*: kelainan atau defisit neurologik berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.
- 4) *Completed stroke* atau stroke komplet: kelainan neurologis sudah menetap dan tidak berkembang lagi.

Menurut klasifikasi uji coba The National Institute of Neurological Disorders Stroke Part III (NINDS III), berdasarkan penyebabnya stroke iskemik dibagi dalam 4 golongan:

- 1) Aterotrombotik : penyumbatan pembuluh darah oleh plak.
- 2) Kardioemboli : sumbatan pembuluh darah oleh pecahan plak (emboli) dari jantung,
- 3) Lakuner : sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang.
- 4) Penyakit lain yang menyebabkan hipotensi.

(Junaidi 2006, hh. 5-6).

### 3. Etiologi Stroke dan Faktor Resiko Stroke

#### a. Etiologi stroke meliputi:

- 1) Kekurangan suplai oksigen yang menuju otak.
- 2) Pecahnya pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah otak.
- 3) Adanya sumbatan bekuan darah di otak.

(Batticaca 2008, h. 56)

#### b. Faktor resiko stroke meliputi:

- 1) Usia : makin bertambah usia resiko stroke makin tinggi, hal ini berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.
- 2) Jenis kelamin : laki-laki mempunyai kecenderungan lebih tinggi.

- 3) Hipertensi : hipertensi menyebabkan aterosklerosis pembuluh darah serebral sehingga lama-kelamaan akan pecah menimbulkan perdarahan. Stroke yang terjadi adalah stroke hemoragik.
  - 4) Penyakit jantung : pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan kardiac output, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral.
  - 5) Diabetes Melitus : pada penyakit DM terjadi gangguan vaskuler, sehingga terjadi hambatan dalam aliran darah ke otak.
  - 6) Polisitemia : kadar Hb yang tinggi (Hb lebih dari 16 mg/dl) menimbulkan darah menjadi lebih kental dengan demikian aliran darah ke otak lebih lambat.
  - 7) Perokok : rokok menimbulkan plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga terjadi aterosklerosis.
  - 8) Alkohol : pada alkoholik dapat mengalami hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia.
  - 9) Peningkatan kolesterol : kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat.
  - 10) Obesitas : pada obesitas kadar kolesterol darah meningkat dan terjadi hipertensi.
- (Tawwoto 2007, h. 88).

#### 4. Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat.

Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler), atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, trombus dapat berasal dari plak arterosklerosis, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah

dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan:

- a. Iskemia jaringan otak pada area yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan,
- b. Edema dan kongesti di sekitar area.

Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan.

Karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embolis menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi infeksi sepsis akan meluas pada dinding pembuluh darah, maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini menyebabkan perdarahan serebri, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit serebrovaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falks serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus caudatus, talamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebri terhambat, dapat berkembang anoksia serebri. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebri dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebri dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume

perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan menyebabkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak.

Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka risiko kematian sebesar 93% pada perdarahan dalam dan 71% pada perdarahan lobär. Sedangkan bila terjadi perdarahan serebral dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75% tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal (Muttaqin 2008, hh. 240-242).

## 5. Manifestasi Klinis

Gejala klinis yang timbul tergantung dari jenis stroke.

a. Gejala klinis pada stroke hemoragik berupa:

- 1) Defisit neurologis mendadak, didahului gejala prodromal yang terjadi pada saat istirahat atau bangun pagi.
- 2) Kadang tidak terjadi penurunan kesadaran.
- 3) Terjadi terutama pada usia > 50 tahun.
- 4) Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya.

b. Gejala klinis pada stroke akut berupa:

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorik).
- 3) Perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
- 4) Afasia (tidak lancar atau tidak dapat bicara).
- 5) Disartria (bicara pelo atau cadel).
- 6) Ataksia (tungkai atau anggota badan tidak tepat pada sasaran).
- 7) Vertigo (mual dan muntah atau nyeri kepala).

(Batticaca 2008, h. 60)

## 6. Penatalaksanaan Keperawatan Klien Stroke

### a. Penatalaksanaan keperawatan klien stroke fase akut :

- 1) Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator.
- 2) Monitor peningkatan tekanan intrakranial.
- 3) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah.
- 4) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- 5) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.

### b. Penatalaksanaan keperawatan klien stroke fase rehabilitasi :

- 1) Mempertahankan nutrisi yang adekuat.
- 2) Program managemen bladder dan bowel.
- 3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak semdi (ROM).
- 4) Pertahankan integritas kulit.
- 5) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- 6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

(Tawoto 2007, h. 92).

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Angiografi serebral. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.
- b. *Computer Tomography scan – CT Scan*. Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid dan perdarahan intrakranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi.
- c. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*. Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).
- d. *Ultrasonografi doppler* (USG doppler). Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis [aliran darah atau timbulnya plak]) dan arteriosklerosis.

- e. Elektroensefalogram (*Electroencephalogram – EEG*). Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan mempertahankan daerah lesi yang spesifik.
  - f. Sinar tengkorak. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pienal daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.
  - g. Laboratorium :
    - 1) Darah rutin.
    - 2) Gula darah.
    - 3) Urine rutin.
    - 4) Cairan serebrospinal.
    - 5) Analisa gas darah (AGD).
    - 6) Biokimia darah.
    - 7) Elektrolit.
- (Batticaca 2008, hh. 61-62).

#### 8. Komplikasi

Setelah mengalami stroke klien mungkin akan mengalami komplikasi, komplikasi ini dapat dikelompokan berdasarkan:

- a. Dalam hal mobilisasi : infeksi pernapasan, nyeri tekan, konstipasi dan tromboflebitis.
- b. Dalam hal paralisis : nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas, dan terjatuh.
- c. Dalam hal kerusakan otak : epilepsi dan sakit kepala.
- d. Hidrosefalus.

(Muttaqin 2008, h. 253).

### C. Konsep Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan stroke meliputi anamnesis riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dan pengkajian psikososial.

a. Anamnesis

Identitas klien meliputi nama, usia (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosa medis.

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta bantuan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

1) Riwayat penyakit saat ini

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

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dalam hal perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

2) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidema, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih lanjut dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

3) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

b. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme coping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien, yaitu timbul ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

c. Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (*Brain*) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

a) Keadaan Umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran. Suara bicara kadang mengalami gangguan, yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara, dan tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

a) B1 (*Breathing*)

Inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

b) B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok) hipovolemik yang sering terjadi pada klien stroke. TD

biasanya terjadi peningkatan dan bisa terdapat adanya hipertensi masif TD >200 mmHg.

c) B3 (*Brain*)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesorii). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 merupakan pemeriksaan terfokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

2) Tingkat Kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat kesadaran klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk mendeteksi disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan kesadaran.

Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Apabila klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

3) Fungsi Serebri

- a) Status mental : observasi penampilan klien dan tingkah lakunya, nilai gaya bicara klien, observasi ekspresi wajah, dan aktivitas motorik di mana pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.
- b) Fungsi intelektual : didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa

kasus klien mengalami kerusakan otak, yaitu kesukaran untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

- c) Kemampuan bahasa : penurunan kemampuan bahasa tergantung dari daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebri.
- d) Lobus frontal : kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal kapasitas, memori atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak.
- e) Hemisfer : stroke hemisfer kanan menyebabkan hemiparese sebelah kiri tubuh, penilaian buruk, dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh ke sisi yang berlawanan tersebut. Stroke pada hemisfer kiri, mengalami hemiparese sebelah kanan, perilaku lambat dan sangat hati-hati, kelainan lapang pandang sebelah kanan, disfagia global, afasia, dan mudah frustasi.

#### 4) Pemeriksaan Saraf Kranial

- a) Saraf I. Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- b) Saraf II. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik primer di antara mata dan korteks visual.
- c) Saraf III, IV, dan VI. Apabila akibat stroke mengakibatkan paralisis sesisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
- d) Saraf V. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah. Penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral dan kelumpuhan sesisi otot-otot pterigoideus internus dan eksternus.
- e) Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

- f) Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
  - g) Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.
  - h) Saraf XI. Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
  - i) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indra pengecapan normal.
- 5) Sistem motorik
- Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak.
- a) Inspeksi umum, didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisis) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.
  - b) Fasikulasi didapatkan pada otot-otot ekstremitas.
  - c) Tonus otot didapatkan meningkat.
  - d) Kekuatan otot, pada penilaian dengan menggunakan nilai kekuatan otot pada sisi yang sakit didapatkan nilai 0.
  - e) Keseimbangan dan koordinasi, mengalami gangguan karena hemiparese dan hemiplegia.
- 6) Pemeriksaan refleks
- a) Pemeriksaan refleks dalam, pengetukan pada tendon, ligamentum, atau periosteum derajat refleks pada respon normal.
  - b) Pemeriksaan refleks patologis, pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

7) Gerakan involunter

Tidak ditemukan adanya tremor, *Tic* (kontraksi saraf berulang), dan distonia. Pada keadaan tertentu, klien biasanya mengalami kejang umum, terutama pada anak dengan stroke disertai peningkatan suhu tubuh yang tinggi. Kejang berhubungan sekunder akibat area fokal kortikal yang peka.

8) Sistem sensorik

Dapat terjadi hemihiphestesi. Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

Kehilangan sensorik karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propioseptif (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.

(a) B4 (*Bladder*)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

(b) B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya kelumpuhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mual sampai muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

(c) B6 (*Bone*)

Stoke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Di samping itu perlu dikaji tanda-tanda dekubitus, terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensorik, atau paralisis / hemiplegia, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan latihan.

(Muttaqin 2008, hh. 242-248).

## 2. Diagnosis Keperawatan dan Intervensi

- a. Perubahan perfusi jaringan otak yang berhubungan dengan perdarahan intraserebral, oklusi otak, vasospasme dan edema otak.

Tujuan : dalam waktu 2x24 jam perfusi jaringan otak dapat tercapai secara optimal.

Kriteria hasil : klien tidak gelisah, tidak ada keluhan nyeri kepala, mual kejang, GCS 4,5,6, pupil isokor, refleks cahaya (+), tanda-tanda vital normal (nadi: 60-100 x/menit, suhu: 36-36,7°C, RR: 16-20 x/menit).

Intervensi	Rasional
Monitor tanda-tanda status neurologis dengan GCS.	Dapat mengurangi kerusakan otak lebih lanjut.
Monitor tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan frekuensi pernapasan, serta hati-hati pada hipertensi sistolik.	Pada keadaan normal, otoregulasi mempertahankan keadaan tekanan darah sistemik berubah secara fluktuasi. Kegagalan otoreguler akan menyebabkan kerusakan vaskuler serebral yang dapat dimanifestasikan dengan peningkatan sistolik dan diikuti oleh penurunan tekanan diastolik, sedangkan peningkatan suhu dapat menggambarkan perjalanan infeksi.
Monitor AGD bila diperlukan pemberian oksigen.	Adanya kemungkinan asidosis disertai dengan pelepasan oksigen pada tingkat sel dapat menyebabkan terjadinya iskemia serebral.
Berikan penjelasan kepada keluarga klien tentang sebab-sebab peningkatan TIK dan akibatnya.	Keluarga lebih berpartisipasi dalam proses penyembuhan.
Baringkan klien (tirah baring)	Perubahan pada tekanan

<p>total dengan posisi tidur terlentang tanpa bantal.</p> <p>.</p> <p>Berikan terapi sesuai instruksi dokter seperti : steroid, aminofel, antibiotik.</p>	<p>intrakranial akan dapat menyebabkan risiko terjadinya herniasi otak.</p> <p>Tujuan terapi: menurunkan permeabilitas kapiler, menurunkan edema serebral, menurunkan metabolik / konsumsi sel dan kejang.</p>
---	--

- b. Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan hemiparese / hemiplegia, kelemahan neuromuskular pada ekstremitas.

Tujuan : dalam waktu 2x24 jam klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya.

Kriteria hasil : klien dapat ikut serta dalam program latihan, tidak terjadi kontraktur sendi, meningkatnya kekuatan otot, klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas.

Intervensi	Rasional
Kaji mobilitas yang ada dan observasi terhadap peningkatan kerusakan.	Mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas.
Kaji secara teratur fungsi motorik.	Mengetahui tingkat kemampuan kekuatan otot dalam melakukan aktivitas
Ubah posisi klien tiap 2 jam.	Menurunkan risiko terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada daerah yang tertekan.

Ajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit.	Gerakan aktif memberikan massa, tonus dan kekuatan otot, serta memperbaiki fungsi jantung dan pernapasan.
Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit.	Otot volunteer akan kehilangan tonus dan keuatannya bila tidak dilatih untuk digerakkan.
Bantu klien melakukan latihan ROM, Sesuai toleransi.	Untuk memelihara fleksibilitas sendi sesuai kemampuan.
Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien.	Peningkatan kemampuan dalam mobilisasi ekstremitas dapat ditingkatkan dengan latihan fisik dari tim fisioterapi.

c. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan neuromuskular, menurunnya kekuatan dan kesadaran, kehilangan kontrol / koordinasi otot.

Tujuan : dalam waktu 3x24 jam terjadi peningkatan perilaku dalam perawatan diri.

Kriteria hasil : klien dapat menunjukkan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri, klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal / masyarakat yang dapat membantu.

Intervensi	Rasional
Kaji kemampuan dan tingkat penurunan dalam skala 0-4 untuk	Membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan

<p>ADL.</p> <p>melakukan</p> <p>Hindari apa yang tidak dapat dilakukan kliendan bantu bila perlu.</p> <p>Menyadarkan tingkah laku / sugesti tindakan pada perlindungan kelemahan.</p> <p>Pertahankan dukungan pola pikir, ijinkan klien melakukan tugas, beri umpan balik positif untuk usahanya.</p> <p>Beri kesempatan untuk menolong diri seperti menggunakan kombinasi pisau garpu, sikat dengan pegangan panjang, ekstensi untuk berpijak pada lantai atau ke toilet, kursi untuk mandi.</p> <p>Konsultasikan ke dokter terapi okupasi.</p>	<p>kebutuhan individual.</p> <p>Bagi klien dalam keadaan cemas dan tergantung hal ini dilakukan untuk mencegah frustasi dan harga diri klien.</p> <p>Klien memerlukan empati, tapi perlu mengetahui perawatan yang konsisten dalam menangani klien.</p> <p>Sekaligus meningkatkan harga diri, memandirikan klien, dan menganjurkan klien mengurangi ketergantungan.</p> <p>Untuk mengembangkan terapi dan melengkapi kebutuhan khusus.</p> <p>Mengembangkan kemampuan tngkat otot unuk memenuhi kebutuhan khusus</p>
--	--

- d. Kerusakan komunikasi verbal yang berhubungan dengan efek dari kerusakan pada area bicara pada hemisfer otak, kehilangan kontrol tonus otot fasial atau oral, dan kelemahan secara umum.

Tujuan : dalam waktu 2x24 jam klien dapat menunjukkan pengertian terhadap masalah komunikasi, mampu mengekspresikan perasaannya, mampu menggunakan bahasa isyarat.

Kriteria hasil : terciptanya suatu komunikasi di mana kebutuhan klien dapat dipenuhi, klien mampu merespon setiap berkomunikasi secara verbal maupun isyarat.

Intervensi	Rasional
Kaji tipe disfungsi misalnya klien tidak mengerti tentang kata-kata atau masalah berbicara atau tidak mengerti bahasa sendiri.	Membantu menentukan kerusakan area pada otak dan menentukan kesulitan klien dengan sebagian atau seluruh proses komunikasi, klien mungkin mempunyai masalah dalam mengartikan kata-kata (afasia, area wernicke, dan kerusakan pada area Broca).
Bedakan afasia dan disatria.	Dapat menentukan pilihan intervensi sesuai dengan tipe gangguan. Untuk menguji afasia reseptif.
Katakan untuk mengikuti perintah secara sederhana seperti tutup matamu dan lihat ke pintu.	Menguji afasia ekspresif misalnya klien dapat mengenal benda tersebut tetapi tidak mampu menyebutkan namanya.
Perintahkan klien untuk menyebutkan nama suatu benda yang diperlihatkan.	Menguji ketidakmampuan menulis (agrafia) dan defisit membaca (aleksia) yang juga merupakan bagian dari afasia reseptif dan ekspresif.

<p>Suruh klien untuk menulis nama atau kalimat pendek, bila tidak mampu untuk menulis, suruh klien untuk membaca kalimat pendek.</p> <p>Konsultasikan ke ahli terapi bicara.</p>	<p>Mengkaji kemampuan verbal individual dan sensorik motorik dan fungsi kognitif untuk mengidentifikasi defisit dan kebutuhan terapi.</p> <p>Terapi sangat berperan penting dalam proses penyembuhan sistem sensorik motorik</p>
--	--

(Muttaqin 2008, hh.256-261).

- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan menelan sekunder terhadap paralisis.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan intervensi keperawatan nutrisi terpenuhi melindungi kebutuhan tubuh, dengan kriteria : klien mengatakan keinginan untuk makan, makanan yang disediakan sesuai kebutuhan nutrisi habis, berat badan dalam batas maksimal.

Intervensi	Rasional
Kaji kebiasaan makan klien.	Kebiasaan makan klien akan memengaruhi keadaan nutrisinya. Makanan yang telah disediakan disesuaikan dengan kebutuhan klien.
Catat jumlah makanan yang dimakan.	Pemberian makanan pada klien disesuaikan dengan kebutuhan nutrisi dan diagnosis penyakitnya.

<p>Diet melindungi dengan penyebab stroke seperti hipertensi, DM, dan penyakit lainnya.</p> <p>Kolaborasi dengan tim gizi dan dokter untuk penentuan kalori.</p>	<p>Kebutuhan karbohidrat disesuaikan dengan kesanggupan tubuh untuk menggunakannya</p> <p>Pemberian makan disesuaikan usia, jenis kelamin, BB dan TB, aktivitas, suhu tubuh, metabolik.</p>
--	---

f. Risiko cedera atau trauma yang berhubungan dengan paralisis.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7x24 jam klien tidak akan mengalami trauma, dengan kriteria hasil : tidak jatuh, tidak terdapat luka bakar atau lka lecet.

Intervensi	Rasional
Pasang pagar tempat tidur.	Pagar tempat tidur melindungi klien dengan hemiplegia terjatuh dari tempat tidur.
Gunakan cahaya yang cukup.	Klien dengan gangguan sensasi risiko trauma.
Anjurkan klien berjalan perlahan.	Gangguan visual meningkatkan risiko klien dengan hemiplegia mengalami trauma.

( Batticaca 2008, hh. 80-81

## **BAB III**

### **RESUME KASUS**

#### **1. Pengkajian**

Data yang diperoleh penulis dari wawancara dan observasi saat melakukan pengkajian pada PM.S pada tanggal 19 April 2016 adalah sebagai berikut: Nama PM.S umur 61 tahun, alamat dahulu desa Cimohong Brebes, alamat sekarang Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang, jenis kelamin perempuan, agama islam, status perkawinan janda, pendidikan tidak tamat SD. Alasan masuk ke unit pelayanan sosial lanjut usia karena PM tidak mempunyai tempat tinggal tetap lagi dan tidak ada yang merawatnya sehingga perangkat desa Cimohong membawa PM.S ke unit pelayanan sosial lanjut usia Bisma Upakara Pemalang. Riwayat pengkajian keluarga didapatkan data sebagai berikut: suami PM sudah meninggal pada tahun 2008 karena sakit. PM.S mempunyai satu anak perempuan dari pernikahannya. Dan anaknya masih hidup. Sebelum sakit stroke dan berusia lanjut, PM bekerja sebagai pembantu, sedangkan sekarang PM.S tidak bekerja.

Pengkajian dari riwayat lingkungan, PM.S tinggal di unit pelayanan sosial lanjut usia Bisma Upakara Pemalang di ruang Arjuna bersama lansia lainnya, jumlah semua lansia yang tinggal di unit pelayanan sosial lanjut usia Bisma Upakara Pemalang, di ruang Arjuna sendiri ada 6 lansia. Kebiasaan waktu tidur PM.S yaitu PM jarang tidur siang, kebiasaan tidur malam pada jam 21.00 / 22.00 WIB dan bangun pada jam 05.00 WIB. Pola tidur PM tercukupi ±8 jam selama sehari. Kebiasaan PM,S sebelum tidur biasanya membaca shalawat. Status kesehatan umum selama satu tahun terakhir PM.S menderita stroke.

Saat dilakukan pengkajian tanggal 19 April 2016 pukul 10.00 WIB didapatkan data subjektif yang ditemukan yaitu, PM mengatakan sulit bergerak, tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan berjalan, tangan kanan dan kaki kanan kaku digerakkan, PM mengatakan kepalanya pusing, tangan dan kaki sering kesemutan. Data objektif: paralisis sisi kanan, penurunan

kekuatan otot, kekuatan otot tangan kanan 2, kaki kanan 0, tangan kiri dan kaki kiri 4, tangan kanan dan kaki kanan kaku digerakkan, skore indeks kats F dalam hal makan dilakukan mandiri namun dalam hal kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi membutuhkan bantuan orang lain, capillary refil > 2 detik. Sedangkan yang di dapatkan dari pemeriksaan TTV yaitu: TD: 170/90 mmHg, N: 80x/menit, Rr: 16x/menit.

Data dari hasil pengkajian persistem pada PM didapatkan keadaan umum : PM mengalami kelelahan, perubahan berat badan dalam satu tahun, BB sebelum sakit 43 kg dan selama sakit 40 kg, tidak dapat melakukan ADL secara mandiri, BAK  $\pm$  3-4 x dalam 24 jam, nyeri persendian, kelemahan otot, perubahan warna rambut, dan pusing.

Untuk pengkajian status fungsional yang dikaji menggunakan Indeks Kats. Nilai indeks kats pada PM adalah F karena tingkat kemandirian dalam aktifitas sehari-hari seperti dalam hal kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi tidak dapat dilakukan secara mandiri, hanya makan yang dapat dilakukan secara mandiri. Dari hasil pengkajian status kognitif dan afektif menggunakan format Shot Portable Mental Questionare (SPMSQ), PM termasuk mengalami kerusakan fungsi intelektual sedang, karena dari 10 pertanyaan yang diajukan kepada PM, PM hanya mampu menjawab dengan benar 5 pertanyaan dan 5 pertanyaan lainnya tidak bisa dijawab dengan benar.

## **2. Diagnosa dan Intervensi,**

Dari hasil pengkajian tanggal 19 April 2016 pukul 10.00 WIB di dapatkan diagnosa sebagai berikut :

- a. Perubahan perfusi jaringan otak yang berhubungan dengan perdarahan intraserebri, oklusi otak, vasospasme dan edema otak.

Tujuan : dalam waktu 2x24 jam perfusi jaringan otak dapat tercapai secara optimal.

Kriteria hasil : klien tidak gelisah, tidak ada keluhan nyeri kepala, mual kejang, GCS 4,5,6, pupil isokor, refleks cahaya (+), tanda-tanda vital normal (nadi: 60-

100 x/menit, suhu: 36-36,7°C, RR: 16-20 x/menit). PM.S mengatakan tidak sakit kepala dan merasa nyaman, mencegah cedera, Tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi keperawatan: Monitor tanda-tanda status neurologis dengan GCS.

Monitor tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan frekuensi pernapasan, serta hati-hati pada hipertensi sistolik

Rasional : Dapat mengurangi kerusakan otak lebih lanjut.

Pada keadaan normal, otoregulasi mempertahankan keadaan tekanan darah sistemik berubah secara fluktuasi. Suasana tenang akan memberikan rasa nyaman pada PM dan mencegah ketegangan. Membantu drainase vena untuk mengurangi kongesti serebrovaskular. Mencegah risiko cedera jatuh dari tempat tidur. Perubahan tanda vital menandakan peningkatan TIK. Menurunkan tekanan darah.

- a. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. ditandai dengan data subjektif : PM.S mengatakan sulit bergerak, tangan kanan dan kaki kanan kaku untuk digerakkan. Data objektif: tangan kanan dan kaki kanan kaku digerakkan, paralisis, penurunan kekuatan otot, kekuatan otot tangan kanan 2\, kekuatan otot kaki kanan 0, kekuatan otot tangan dan kaki kiri 4, keterbatasan rentang gerak.

Tujuan dan kriteria : setelah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 19-23 April 2016 diharapakan PM akan memiliki mobilitas fisik maksimal dengan kriteria hasil : tidak ada kontraktur otot, tidak ada ankirosis pada sendi, tidak terjadi penyusutan otot.

Intervensi keperawatan : Kaji fungsi motorik dan sensorik dengan mengobservasi setiap ekstremitas secara terpisah terhadap kekuatan dan gerakan normal, respons terhadap rangsang. Ubah posisi PM setiap 2 jam. Lakukan latihan pergerakan sendi (ROM). Bantu PM duduk atau turun dari tempat tidur.

Rasional : lobus frontal dan parietal berisi saraf-saraf yang mengatur fungsi motorik dan sensorik dan dapat dipengaruhi oleh iskemia atau perubahan tekanan. Mencegah terjadinya luka tekan akibat tidur terlalu lama pada satu sisi

sehingga jaringan yang tertekan akan kekurangan nutrisi yang dibawa darah melalui oksigen. Lengan dapat menyebabkan nyeri dan keterbatasan pergerakan berhubungan dengan fibrosis sendi atau subluksasi. PM hemiplegia mempunyai ketidaksimbangan sehingga perlu dibantu untuk keselamatan dan keamanan.

- b. Risiko cedera berhubungan dengan paralisis, ditandai dengan data subyektif : PM mengatakan mengalami kelumpuhan anggota gerak, tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan berjalan. Data obyektif : kekuatan otot tangan kanan 2, kekuatan otot kaki kanan 0, hemiplegia, skore indeks kats F.

Tujuan dan kriteria : setelah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 19-23 April 2016 diharapkan PM.S tidak akan mengalami trauma dengan kriteria hasil : tidak jatuh, tidak terdapat luka bakar atau luka lecet.

Intervensi keperawatan : Anjurkan kepada petugas unit pelayanan sosial lanjut usia Bisma Upakara Pemalang untuk memberi PM *savety bed*. Beri lingkungan yang aman untuk PM. Identifikasi kebutuhan keamanan PM. Bantu PM dalam melakukan ADL. Rasional: *Savety bed* melindungi PM dengan hemiplegia terjatuh dari tempat tidur. Mengurangi resiko jatuh.

### **3. Implementasi Keperawatan**

Penulis mengimplementasikan semua diagnosa dari tanggal 19-23 April 2016 adalah : melakukan pengkajian pada PM.S, respon PM S: PM mengatakan sulit bergerak, tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan berjalan, kaku untuk digerakkan, kepala pusing, tangan dan kaki sering kesemutan. O: tangan kanan dan kaki kanan kaku untuk digerakkan, paralisis, penurunan kekuatan otot, kekuatan otot tangan kanan 2, kekuatan otot kaki kanan 0, kekuatan otot tangan kiri dan kaki kiri 4, keterbatasan rentang gerak, capillary refil >2 detik, skore indeks kats F. Mengajarkan ROM pasif kepada PM,S, respon PM S: PM bersedia diajarkan ROM pasif, O: PM dilakukan tindakan ROM. Mengkaji keadaan umum PM.S, respon PM.S, S: PM mengatakan pusing, O : TD: 170/90mmHg, Nadi:

80x/menit, RR: 16x/menit. Kolaborasi dengan petugas unit pelsos lansia untuk pemberian obat Captopril 2x12,5 mg, respon PM S: PM mengatakan pusing, O: PM minum obat. Meninggikan posisi kepala PM, respon PM S: PM bersedia dilakukan tindakan, O: posisi kepala PM lebih tinggi. Membatasi aktifitas PM, respon PM S: PM mengatakan beraktifitas dibantu, O: skore indeks kats F. Mengajurkan kepada petugas unit pelsos lansia untuk memberi savety bed, respon petugas S: petugas mengatakan sudah merencanakan namun belum terealisasi, O: belum terpasang savety bed.

#### 4. Evaluasi Keperawatan

Penulis mengevaluasi semua diagnosa dari tanggal 19-23 April 2016 pada jam 16.00 WIB yaitu:

- a. Perubahan perfusi jaringan otak sudah teratasi dengan evaluasi data subjektif: PM.S mengatakan kepalanya sudah tidak pusing. Data objektif: TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, Rr: 16x/menit. Analisa: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer sudah teratasi. Intervensi: pertahankan kondisi PM.
- b. Hambatan mobilitas fisik belum teratasi dengan data Evaluasi subjektif PM mengatakan tangan kanan dan kaki kanan kaku untuk digerakkan. Data objektif : kekuatan otot tangan kanan 2 kekuatan otot kaki kanan 0. Analisa: masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi dan lanjutkan intervensi: Ubah posisi PM setiap 2 jam. Lakukan latihan pergerakan sendi (ROM). Bantu PM duduk atau turun dari tempat tidur.
- c. Resiko cedera belum teratasi dengan evaluasi data subjektif: PM mengatakan tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan beraktivitas, PM sering jatuh dari tempat tidur. Data objektif: Belum terpasang savety bed. Analisa : masalah resiko cedera belum teratasi. Intervensi: Beri lingkungan yang aman untuk PM.S, menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih, bantu PM.S dalam melakukan ADL.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan mengemukakan kesenjangan yang ditemukan antara konsep yang ada pada kasus yang ditemukan selama asuhan keperawatan yang dimulai tanggal 19-23 April 2016. Kesenjangan tersebut dilihat dengan memperlihatkan aspek-aspek tahapan keperawatan dimulai dari tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan sampai tahap evaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan gerontik pada PM. S dengan stroke diruang isolasi 1 unit pelayanan sosial lanjut usia Bisma Upakara Pemalang.

#### **1. Pengkajian**

Saat dilakukan pengkajian tanggal 19 April 2016 pukul 10.00 WIB didapatkan data subjektif: PM mengatakan sulit bergerak, tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan berjalan, tangan kanan dan kaki kanan kaku digerakkan, PM mengatakan kepalanya pusing, tangan dan kaki sering kesemutan. Data objektif: paralisis sisi kanan, tangan kanan dan kaki kanan kaku digerakkan, penurunan kekuatan otot, kekuatan otot tangan kanan 2, kaki kanan 0, tangan kiri dan kaki kiri 4, skore indeks kats F dalam hal makan dilakukan mandiri namun dalam hal kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi membutuhkan bantuan orang lain, capillary refil > 2 detik. Sedangkan yang di dapatkan dari pemeriksaan TTV yaitu: TD: 170/90 mmHg, N: 80x/menit, Rr: 16x/menit.

#### **2. Diagnosa Keperawatan, Tindakan Keperawatan dan Evaluasi**

- a. Perubahan perfusi jaringan otak yang berhubungan dengan perdarahan intraserebral, oklusi otak, vasospasme dan edema otak. Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer menjadi diagnosa prioritas, karena jika diagnosa ini tidak segera ditangani akan terjadi ketidakadekuatan aliran darah melalui pembuluh darah kecil ekstermitas untuk mempertahankan

fungsi jaringan. Data yang diperoleh dari hasil pengkajian pada PM.S tanggal 19 April 2016 didapatkan data sebagai berikut data subjektif : PM mengatakan kepalanya pusing, tangan dan kaki sering kesemutan. Data objektif: TD: 170/90 mmHg, N: 80x/menit, Rr: 16x/menit, capillary refil >2 detik. Maka untuk mengatasi masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dibuatlah rencana keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan PM dengan tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x9 jam dalam 4 hari diharapkan PM tidak menunjukkan peningkatan TIK dengan kriteria hasil : PM mengatakan tidak sakit kepala dan merasa nyaman, mencegah cedera, Tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi menurut Batticaca (2008 hh.71-74) pada diagnosa Perubahan perfusi jaringan otak yang berhubungan dengan perdarahan intraserebral, oklusi otak, vasospasme dan edema otak yaitu : Ubah posisi klien secara bertahap. Atur posisi klien *bedrest*. Jaga suasana tenang. Kurangi cahaya ruangan. Tinggikan kepala. Hindari rangsangan oral. Angkat kepala dengan hati-hati. Awasi kecepatan tetesan cairan infus. Berikan makanan menggunakan sonde sesuai jadwal. Pasang pagar tempat tidur. Hindari prosedur non-esensial yang berulang. Pantau tanda dan gejala peningkatan TIK dengan cara kaji respons membuka mata, verbal, dan motorik. Kaji respons pupil : pergerakan mata konjugasi diatur oleh saraf bagian korteks dan batang otak. Periksa pupil dengan senter. Kaji perubahan tanda vital. Catat muntah, sakit kepala (konstan, letargi) gelisah pernapasan yang kuat, gerakan yang tidak bertujuan, dan perubahan fungsi.

Tindakan keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang diberikan pada PM.S selama 4 hari dimulai tanggal 19-23 April 2016 adalah sebagai berikut :

Ubah posisi PM secara bertahap. Jaga suasana tenang. Tinggikan kepala. Kaji perubahan tanda vital. Kolaborasi dengan petugas unit pelsos lansia untuk pemberian obat Captopril 2x12.5 mg. DS : PM mengatakan kepalanya sudah tidak pusing. DO : TD 130/80 mmHg, N 84x/menit, Rr 16x/menit.

Kekuatan : PM bersedia diberikan tindakan tersebut dan menciptakan lingkungan yang tenang sehingga PM bisa istirahat dengan tenang dan berjalan sesuai dengan rencana.

Kelemahan : PM mengalami penurunan daya ingat akibat proses menua.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama empat hari hasil evaluasi pada hari terakhir tanggal 23 April 2016 pukul 16:00 WIB ditandai dengan data subjektif: PM mengatakan kepalanya sudah tidak pusing. Data objektif: TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, Rr: 16x/menit. Analisa: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer sudah teratasi. Intervensi: pertahankan kondisi PM.

- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstermitas secara mandiri dan terarah (Herdman 2012, h. 304). Data yang diperoleh dari hasil pengkajian pada PM.S tanggal 19 April 2015 didapatkan data subjektif : PM mengatakan sulit bergerak, tangan kanan dan kaki kanan kaku untuk digerakkan. Data objektif: tangan kanan dan kaki kanan kaku digerakkan, paralisis, penurunan kekuatan otot, kekuatan otot tangan kanan 2, kekuatan otot kaki kanan 0, kekuatan otot tangan dan kaki kiri 4, keterbatasan rentang gerak.

Hambatan mobilitas fisik menjadi diagnosa kedua karena melihat kondisi PM saat pengkajian, PM.S tidak segera ditangani akan menyebabkan kelumpuhan. Terganggunya aktifitas PM karena tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan akan berlangsung terus menerus dan ditandai spasme yang mengakibatkan otot-otot sekitar tegang, mengganggu kemampuan seseorang untuk beristirahat, konsentrasi dan kegiatan-kegiatan atau aktivitas yang biasa dilakukan serta dapat menyebabkan perasaan tak berdaya atau depresi.

Maka untuk mengatasi masalah hamabatan mobilitas fisik dibuatlah rencana keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan PM dengan tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x9 jam selama 4 hari diharapakan PM.S akan memiliki mobilitas fisik maksimal

dengan kriteria hasil : tidak ada kontraktur otot, tidak ada ankilosis pada sendi, tidak terjadi penyusutan otot.

Intervensi menurut Batticaca (2008 hh.74-76) pada diagnosa hambatan mobilitas fisik yaitu : Kaji fungsi motorik dan sensorik dengan mengobservasi setiap ekstremitas secara terpisah terhadap kekuatan dan gerakan normal, respons terhadap rangsang. Ubah posisi klien setiap 2 jam. Lakukan latihan secara teratur dan letakkan telapak kaki klien di lantai saat duduk di kursi atau papan penyangga saat tidur di tempat tidur. Topang kaki saat mengubah posisi dengan meletakkan bantal di satu sisi saat membalikkan klien. Pada saat klien di tempat tidur letakkan bantal di ketiak di antara lengan atas dan dinding dada untuk mencegah abduksi bahu dan letakkan lengan posisi berhubungan dengan abduksi sekitar 60°. Jaga lengan dalam posisi sedikit fleksi. Letakkan tangan dalam posisi berfungsi dengan jari-jari sedikit fleksi dan ibu jari dalam posisi berhubungan dengan abduksi. Lakukan latihan di tempat tidur. Lakukan latihan pergerakan sendi (ROM). Bantu klien duduk atau turun dari tempat tidur. Gunakan kursi roda bagi klien hemiplegia.

Tindakan keperawatan hambatan mobilitas fisik yang diberikan pada PM.S selama 4 hari dimulai tanggal 19 April 2016 adalah sebagai berikut: Kaji fungsi motorik dan sensorik dengan mengobservasi setiap ekstremitas secara terpisah terhadap kekuatan dan gerakan normal, respons terhadap rangsang. Ubah posisi PM setiap 2 jam. Lakukan latihan pergerakan sendi (ROM). Bantu PM duduk atau turun dari tempat tidur.

Kekuatan : dengan bahasa sederhana dan penyampaian yang menyesuaikan kondisi PM sehingga tindakan keperawatan bisa dipahami dan dimengerti PM.

Kelemahan : dilihat dari kondisi PM yang telah lanjut usia sulit untuk memahami tindakan keperawatan yang diberikan oleh penulis dan keterbatasan waktu dalam melakukan tindakan, untuk itu dilakukan secara mandiri karena membutuhkan pengawasan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama empat hari hasil evaluasi pada hari terakhir tanggal 23 April 2016 pukul 16:00 WIB kondisi PM belum

mengalami perubahan untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik dikarenakan untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik tidak bisa berubah dalam waktu cepat. Data objektif : kekuatan otot tangan kanan 2 kekuatan otot kaki kanan 0. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah hamabatan mobilitas fisik PM.S belum teratasi dan dianjurkan untuk petugas unit pelayanan sosial lanjut usia untuk mengawasi latihan ROM.

c. Risiko cedera berhubungan dengan paralisis.

Risiko cedera adalah berisiko mengalami cedera sebagai akibat kondisi lingkungan yang berinteraksi dengan sumber adaptif dan sumber defensif individu (Herdman 2012, h. 547).

Dengan data yang diperoleh dari hasil pengkajian pada PM.S tanggal 19 April 2016 didapatkan data data subyektif : PM mengatakan mengalami kelumpuhan anggota gerak, tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan berjalan. Data obyektif : kekuatan otot tangan kanan 2, kekuatan otot kaki kanan 0, hemiplegia, skore indeks kats F. Penulis menetapkan masalah risiko cedera sebagai prioritas ketiga.

Risiko cedera menjadi prioritas masalah keperawatan terakhir karena menurut konsep Maslow dilihat dari kebutuhan kesemalatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis, hal ini risiko cedera belum terjadi.

Karena dalam hal ini cedera belum terjadi, maka untuk mengatasi masalah risiko cedera dibuatlah rencana keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan PM dengan tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x9 jam dalam 4 hari diharapkan PM tidak akan mengalami trauma dengan kriteria hasil : tidak jatuh, tidak terdapat luka bakar atau luka lecet.

Intervensi menurut Batticaca (2008 h. 81) pada diagnosa risiko cedera yang berhubungan dengan paralisis yaitu : Pasang pagar tempat tidur. Gunakan cahaya yang cukup. Anjurkan klien berjalan perlahan. Anjurkan periode istirahat saat berjalan. Kaji adanya tanda trauma pada kulit.

Tindakan keperawatan risiko cedera yang diberikan pada PM.S selama 4 hari dimulai tanggal 19 April 2016 adalah sebagai berikut :

Anjurkan kepada petugas unit pelayanan sosial lanjut usia Bisma Upakara Pemalang untuk memberi PM.S *savety bed*. Beri lingkungan yang aman untuk PM. Identifikasi kebutuhan keamanan PM.S. Bantu PM dalam melakukan ADL. Data subjektif: petugas unit pelayanan sosial lanjut usia Bisma Upakara Pemalang mengatakan sudah merencanakan memberi *savety bed* namun belum terealisasikan, PM mengatakan tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan beraktivitas, PM sering jatuh dari tempat tidur. Data objektif: Belum terpasang *savety bed*.

Kekuatan : PM bersedia diberi bantuan dalam melakukan ADL sehingga bisa mencegah PM dari risiko cedera jatuh dari tempat tidur.

Kelemahan : tidak tersedianya prasarana yang memadai di lingkungan unit pelayanan sosial lanjut usia Bisma Upakara Pemalng seperti *savety bed* untuk melindungi PM dari risiko cedera jatuh dari tempat tidur.

Setelah tindakan keperawatan selama empat hari, hasil evaluasi pada hari terakhir tanggal 19 April 2016 pukul 16.00 WIB belum menunjukkan adanya perubahan dengan data subyektif : PM mengatakan tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan beraktivitas, PM sering jatuh dari tempat tidur. Data objektif: Belum terpasang *savety bed*. Analisa : masalah risiko cedera belum teratas. Dianjurkan kepada petugas unit pelayanan sosial lanjut usia Bisma Upakara Pemalng untuk memberi lingkungan yang aman untuk PM, menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih, bantu PM dalam melakukan ADL.

Sedangkan diagnosa yang tidak muncul yaitu : Hambatan komunikasi verbal. Alasan diagnosa ini tidak ditegakan karena diagnosa keperawatan ini tidak ada data yang sesuai dengan melihat batasan karakteristik tidak dapat bicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal (misal afasia, disfasia, apraksia, disleksia), kesulitan menyusun kalimat, pelo, sulit bicara, gagap, bicara dengan kesulitan, menolak bicara (Herdman 2012, h. 366). Sedangkan pada kasus yang dikaji pada tanggal 19 April 2016 tidak

ditemukan data PM yang sesuai batasan karakteristik pada diagnosa hambatan komunikasi verbal.

Ketidakseimbangan nutrisi, alasan diagnosa ini tidak ditegakan karena diagnosa keperawatan ini tidak ada data yang sesuai dengan melihat batasan karakteristik berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi badan dan rangka tubuh, asupan makanan kurang dari RDA (*recommended daily allowance*), penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat (Herdman 2012, h. 251). Sedangkan pada kasus yang dikaji pada tanggal 19 April 2016 tidak ditemukan data PM yang sesuai batasan karakteristik pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi.

## **BAB V**

### **PENU TUP**

Setelah menguraikan pembahasan dari kasus stroke pada PM.S di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma upakara pemalang tanggal 19 April 2016, maka pada bab ini didapatkan kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### **A. SIMPULAN**

##### **1. Pengkajian**

Saat dilakukan pengkajian tanggal 19 April 2016 pukul 10.00 WIB didapatkan data subjektif yang ditemukan yaitu, PM mengatakan sulit bergerak, tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan berjalan, kaku digerakkan, PM mengatakan kepalanya pusing, tangan dan kaki sering kesemutan. Data objektif: paralisis sisi kanan, tangan kanan dan kaki kanan kaku digerakkan, penurunan kekuatan otot, kekuatan otot tangan kanan 2, kaki kanan 0, tangan kiri dan kaki kiri 4, skore indeks kats F dalam hal makan dilakukan mandiri namun dalam hal kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi membutuhkan bantuan orang lain, capillary refil > 2 detik. Sedangkan yang di dapatkan dari pemeriksaan TTV yaitu: TD: 170/90 mmHg, N: 80x/menit, Rr: 16x/menit.

##### **2. Diagnosis Keperawatan**

Dari hasil pengkajian diatas penulis muncul tiga diagnosa yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, hambatan mobilitas fisik, risiko cedera.

### 3. Rencana dan Tindakan Keperawatan

Perencanaan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan melihat kondisi dan kesanggupan PM. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang ada.

### 4. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari maka pada tanggal 19 April 2016 dilakukan evaluasi. Dari 3 diagnosa keperawatan yang muncul ada 2 diagnosa yang belum teratasi yaitu masalah hambatan mobilitas fisik dan risiko cedera, sedangkan 1 diagnosa sudah teratasi yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

## B. SARAN

### 1. Bagi Mahasiswa

Perlunya meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang asuhan keperawatan lansia dengan masalah utama stroke, sehingga bisa meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan lansia dengan tepat.

### 2. Bagi Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang

Agar dalam memberikan tindakan keperawatan kepada PM juga harus dilakukan tindakan-tindakan mandiri perawat, misalnya PM yang mengalami stroke karena hipertensi harus diberi diit yang sesuai, PM dilakukan tindakan ROM setiap hari, serta tersedianya savety bed untuk PM yang mempunyai kelemahan gerak sehingga bisa mencegah terjadinya risiko jatuh dari tempat tidur. Sebaiknya perawat harus lebih tanggap terhadap masalah yang dikeluhkan PM dan dapat memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kondisi dan respon PM

### 3. Bagi Institusi

Diharapkan Institusi akademik agar terus mengembangkan dan menambahkan referensi atau buku untuk para mahasiswanya tentang stroke pada lansia, untuk mempermudah bagi penulis atau peneliti selanjutnya untuk mendapat sumber-sumber referensi dan mengembangkan ilmu pengetahuan.

## DAFTAR PUSTAKA

Azizah, Lilik Ma'rifatul. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Batticaca, Fransisca B. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika

Herdman, T. Heather. 2012. *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta :EGC

Junaidi, Iskandar. 2006. *Stroke A-Z*. Jakarta : PT Bhuana Ilmu Populer

Khomsan, 2013. Undang-undang no.13/1998. Tentang kesejahteraan lanjut usia.

Martono, H. Hadi, Kris Pranarka. 2011. *Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Lanjut Usia) edisi 4*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Maryam, Siti R. et al. 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Lansia*. Jakarta : TIM

Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika

Nugroho, Wahjudi. 2000. *Keperawatan gerontik Edisi 2*. Jakarta : EGC

Tarwoto, Wartonah, Eros Siti Suryati. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: CV Sagung Seto

Lusia Kus Anna 2014, Pasien Stroke Baru Berobat Saat Kondisi Parah, dilihat 16 Juli 2014,

Projoalisastro, yayasan stroke Indonesia, penyakit stroke di Indonesia. Di unduh dari://http;www.yastroki.or.id. Di akses tahun 2016.

<http://health.kompas.com/read/2014/07/16/150853923/Pasien.Stroke.Baru.Berobat.Saat.Kondisi.Parah>

<http://www.dinkesjatengprov.go.id/dokumen/profil/2010/Profil2010.htm>  
<http://www.etd.ugm.ac.id>