

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Pengertian Lansia

Lansia adalah proses natural yang dialami oleh semua kehidupan makhluk hidup. Lansia akan mengalami kemunduran fisik, mental, sosial dan sesekali dapat menyebabkan keterbatasan aktifitas. Menua bukanlah suatu penyakit, melainkan proses alamiah yang dapat mengakibatkan perubahan secara menyeluruh seperti menurunnya immunitas lansia terhadap stimulus baik dari dalam maupun luar tubuh (Simorangkir, 2022).

2. Batasan Umur Lansia

Batasan umur yang ditentukan WHO adalah usia pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun, usia lanjut (elderly) usia antara 60-74 tahun, usia lanjut tua (old) usia antara 75-90 tahun, dan usia sangat tua (very old) adalah diatas 90 tahun. Sementara di Indonesia batasan usia dengan standar pra lanjut usia (45-59 tahun), lanjut usia (60-69 tahun), dan lanjut usia resiko tinggi (lanjut usia >70 tahun atau usia >60 tahun dengan masalah kesehatan) (Dewi, 2022).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) lansia di kelompokkan menjadi dua yaitu (Simorangkir, 2022):

- 1) Usia lanjut : 60-69 tahun
- 2) Lansia dengan risiko tinggi dengan masalah kesehatan : > 70 tahun atau usia ≥ 60 tahun dengan masalah kesehatan

3. Teori Menua

Menurut Potter & Perry (2015) proses menua menyebabkan terjadinya banyak perubahan pada lansia yang meliputi (Andriani, 2021):

a. Perubahan Biologis Sistem Tubuh

1) Sel

Pada lansia jumlah sel menjadi lebih sedikit dan ukurannya lebih besar, cairan tubuh dan cairan intraseluler akan berkurang. proporsi protein di otak, otot, ginjal, dan hati juga ikut berkurang, jumlah sel otak akan menurun, mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan otak menjadi atropi.

2) Sistem persyarafan

Rata-rata berkurangnya saraf neocortical sebesar satu detik, hubungan persyarafan menjadi cepat menurun, lambat dalam merespon, baik dari gerakan maupun jarak waktu, khususnya stres, mengecilnya saraf pancaindra, dan menjadi kurang sensitive terhadap sentuhan.

3) Sistem pendengaran

Masalah pada pendengaran (presbiakusis), membran timpani atropi, terjadi pengumpulan dan pengerasan serumen akibat

peningkatan keratin, pendengaran menurun pada lansia yang mengalami ketegangan jiwa dan stress.

4) Sistem penglihatan

Terjadinya sklerosis pada sfinter pupil dan hilangnya respon terhadap sinar, kornea lebih berbentuk seperti bola (sferis), lensa lebih suram (keruh) dapat menyebabkan katarak, pengamatan sinar dan daya adaptasi terhadap kegelapan menjadi lebih lambat sehingga sulit melihat dalam keadaan gelap, hilang daya akomodasi, menurunnya lapang pandang dan menurunnya daya untuk membedakan antara warna biru dan warna hijau pada skala pemeriksaan.

5) Sistem kardivaskuler

Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap jantung setelah berusia 20 tahun. Mengakibatkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, sering mengakibatkan postural hipotensi, tekanan darah meningkat disebabkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer.

6) Sistem pengaturan suhu tubuh

Penurunan suhu tubuh (*hipotermia*) hal ini disebabkan oleh metabolisme yang menurun, terbatasnya reflek menggigil, dan

tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga menyebabkan rendahnya aktifitas otot.

7) Sistem pernapasan

Otot pernapasan kehilangan kekuatan sehingga menjadi kaku, menurunnya aktifitas dari silia, paru-paru kehilangan elastisitas sehingga kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, kapasitas maksimum menurun, dan kedalaman bernapas menurun, ukuran alveoli melebar dari normal dan jumlahnya berkurang. Oksigen dari arteri menjadi menurun sebanyak 75 mmhg. Kemampuan untuk batuk berkurang dan penurunan kekuatan otot pernapasan.

8) Sistem gastrointestinal

Kehilangan gigi, indera pengecap menyebabkan penurunan, esophagus melebar, sensitivitas akan rasa lapar menurun, produksi asam lambung menurun dan waktu pengosongan lambung menurun, peristaltik lemah dan biasanya terjadi konstipasi, fungsi absorpsi menurun, hati semakin mengecil dan menurunnya tempat menyimpan, berkurangnya suplai aliran darah.

9) Sistem genitalia

Ginjal mengecil dan nefron menjadi atropi, aliran darah ke ginjal menurun menjadi 50%, fungsi tubulus berkurang (disebabkan oleh penurunan kemampuan ginjal untuk mengonsentrasi urine, berat jenis urine menurun, protein urin

menurun, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat, otot-otot kandung kemih (*vesika urinaria*) melemah kapasitasnya menurun menjadi 200ml dan mengakibatkan frekuensi BAK meningkat, kandung kemih dikosongkan hingga meningkatkan retensi urine, pria dengan umur 65 tahun keatas sebagian besar mengalami pembesaran prostat sebanyak 75% dari besar normalnya.

10) Sistem endokrin

Menurunnya produksi ACTH, TSH,FSH, dan LH, aktifitas tiroid, basal metabolic rate (BMR), daya pertukaran gas, produksi aldosteron, serta sekresi hormone kelamin seperti progesterone, estrogen dan testoteron.

11) Sistem integument

Kulit menjadi keriput karena kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit kasar dan bersisik, menurunnya respon terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun, kulit kepala dan rambut menipis dan berwarna kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas disebabkan menurunnya cairan dan vaskularisasi, pertumbuhan kuku menjadi lambat, kuku jari menjadi mengeras dan rapuh, kuku jari tumbuh secara berlebihan seperti tanduk, kelenjar keringat berkurang fungsi dan jumlahnya, kuku menjadi pudar dan kurang bercahaya.

12) Sistem musculoskeletal

Tulang kehilangan kepadatan (*density*) serta menjadi rapuh, kifosis, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon menkerut dan mengalami sklerosis, atrofi serabut otot hingga gerak menjadi lambat, otot-otot kram dan terjadi tremor.

b. Perubahan Kognitif

Perubahan struktur dan fisiologi otak yang dihubungkan dengan gangguan kognitif (penurunan jumlah sel dan perubahan kadar neurotransmitter) terjadi pada lansia yang mengalami gangguan kognitif maupun tidak mengalami gangguan kognitif. Gejala gangguan kognitif yaitu disorientasi, kehilangan keterampilan berbahasa serta berhitung, dan penilaian yang buruk bukan merupakan proses penuan yang normal (Andriani, 2021).

c. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial selama proses penuan melibatkan proses transisi kehidupan serta kehilangan. Semakin bertambah usia, maka akan semakin banyak transisi dan kehilangan yang harus dihadapi. Transisi hidup, kebanyakan disusun oleh pengalaman kehilangan, meliputi masa pensiun serta perubahan keadaan finansial, perubahan peran serta hubungan, perubahan kesehatan, kemampuan fungsional serta perubahan jaringan sosial. Perubahan psikososial dipengaruhi oleh keterbatasan produktifitas kerjanya, oleh sebab itu, lansia yang mulai mengalami masa pensiun akan merasakan kehilangan diantaranya: kehilangan finansial

(pendapatan berkurang, kehilangan status jabatan, fasilitas, kehilangan teman/relasi, dan kehilangan pekerjaan/kegiatan (Andriani, 2021).

d. **Perubahan Spiritual**

Agama atau disebut juga dengan kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak sehari-hari (Andriani, 2021).

4. Perubahan Fisiologis Fisik

Lansia menunjukkan perubahan fisik, mental, sosial dan kurangnya penyesuaian diri terhadap semua perubahan yang terjadi. Hal ini dapat mengakibatkan beberapa lansia menjadi depresi atau merasa tidak senang (Nugroho, S. M., & Febriani, L.D. 2019). Perubahan fisik yang biasa terjadi pada lansia yaitu kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi menjadi ompong, pendengaran berkurang, penglihatan kabur, gerakan menjadi lambat dan bentuk tubuh tidak proposional (Simorangkir, 2022).

5. Masalah Kesehatan Lansia

a. **Masalah biologis**

Peningkatan usia lanjut akan diikuti dengan meningkatnya masalah kesehatan. Usia lanjut ditandai dengan penurunan fungsi fisik dan rentan terhadap penyakit (Andriani, 2021).

b. Masalah psikologis

Masalah psikososial merupakan hal yang bisa menyebabkan gangguan keseimbangan sehingga membawa lansia kearah kerusakan atau kemerosotan yang progresif terutama pada aspek psikologis yang mendadak (Andriani, 2021).

c. Masalah sosial

Masalah sosial ekonomi usia lanjut ditandai dengan menurunnya produktivitas kerja, sehingga terjadi masa pensiun atau terhentinya pekerjaan utama (Andriani, 2021).

d. Lingkungan

Lingkungan diartikan kondisi, keadaan sekitar yang bisa mempengaruhi perkembangan serta perilaku individu dan kelompok. Lingkungan bisa di design agar dapat meningkatkan kemampuan adaptasi individu dan meminimalkan resiko yang akan terjadi pada individu terhadap adanya perubahan (Andriani, 2021).

6. Pengertian Stroke

Stroke adalah penyakit kronis yang mengakibatkan dampak berbahaya yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak karena penyumbatan pembuluh darah arteri akibat endapan darah pada pembuluh darah, pecahnya pembuluh darah mengakibatkan kelemahan dinding pembuluh darah atau kelainan keadaan darah sendiri yang menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen dan nutrisi

ke otak yang menimbulkan kerusakan di jaringan otak (Apriyani, 2022).

Stroke mengakibatkan gangguan fisik atau disabilitas faktor yang dapat menimbulkan stroke dibedakan menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah atau tidak dapat dimodifikasi yaitu peningkatan usia, genetik dan jenis kelamin laki-laki. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah atau dapat dimodifikasi yaitu hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia (Apriyani, 2022).

7. Tanda Dan Gejala Stroke

Gejala-gejala klinis stroke yang sering terjadi adalah (Maria, 2021):

- a) Tiba-tiba terjadi kelumpuhan satu sisi anggota gerak
- b) Tiba-tiba semutan dan salah satu sisi wajah terlihat turun
- c) Tiba-tiba bingung, sulit bicara dan bicaranya sulit dimengerti
- d) Tiba-tiba terjadi gangguan penglihatan satu atau kedua mata
- e) Tiba-tiba sulit untuk berjalan, sempoyongan, kehilangan keseimbangan dan koordinasi
- f) Tiba-tiba nyeri kepala yang sangat hebat tanpa diketahui penyebabnya
- g) Tiba-tiba terjadi penurunan kesadaran atau tidak sadar (koma)

8. Etiologi Stroke

Stroke terbagi dalam tiga penyebab antara lain (Annisa, 2022):

- a. Trombosis serebral

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama terjadinya trombosis serebral dan

penyebab umum dari stroke (Smeltzer 2005 dalam Saferi dkk, 2013). Trombosis ditemukan sebesar 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya berkaitan dengan kerusakan local dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis.

b. Emboli serebri

Merupakan urutan kedua dari berbagai masalah utama stroke. Pasien yang mengalami stroke embolisme biasanya sangat mudah dibandingkan dengan pasien yang mengalami trombosis. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu trombus dalam jantung menyebabkan masalah yang dihadapi sesungguhnya adalah perwujudan penyakit jantung.

c. Hemoragik

Hemoragik biasanya terjadi diluar durameter (hemoragik ekstra dural atau epidural) dibawah durameter (hemoragik subdural), diruang subarachnoid (hemoragik subarachnoid atau dalam substansial otak (hemoragik intra serebral).

9. Patofisiologi Stroke

Otak sangat membutuhkan oksigen karena otak tidak memiliki cadangan oksigen. Saat aliran darah ke semua bagian otak terhambat karena thrombus dan embolus, dapat mengakibatkan mulai terjadinya kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama satu menit bisa mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti

kehilangan kesadaran. Kekurangan oksigen dalam waktu yang sangat lama dapat mengakibatkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron.

Area nekrotik yang kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin karena akibat iskemia miokardium (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia akibat proses anemia dan kesukaran bernafas. Stroke yang disebabkan embolus dapat merupakan akibat dari bekuan darah, udara, plaque, ateroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke merupakan hemoragik maka faktor penyebab adalah hipertensi. Ketidaknormalan vaskuler, aneurisma serabut dapat mengakibatkan ruptur dan dapat mengakibatkan hemoragik. Stroke trombotik atau metabolik dapat membuat otak mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Saat aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, dapat menyebabkan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut (Annisa, 2022).

10. Klasifikasi Stroke

Stroke diklasifikasikan menurut patologi dan gejala klinisnya, yaitu (Annisa, 2022):

a. Stroke hemoragik

Perdarahan serebral dan perdarahan subarachnoid, yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah ke otak pada area otak tertentu. Biasanya terjadi ketika melakukan aktivitas, namun dapat terjadi ketika beristirahat. Kesadaran umumnya menjadi

menurun. Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis fokal yang akut dan biasanya diakibatkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena trauma kapitis, tetapi disebabkan karena pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler.

b. Stroke non hemoragik

Adalah iskemia/emboli dan trombosis serebral, yang terjadi ketika setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Hal tersebut tidak terjadi perdarahan namun mengakibatkan iskemia yang mengakibatkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder.

B. Asuhan Keperawatan Stroke Pada Lansia

1. Definisi Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian merupakan proses langkah awal saat melakukan pengkajian asuhan keperawatan yang sistematis saat melakukan pengkajian asuhan keperawatan yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Pengkajian adalah dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan individu, pengkajian akurat, lengkap, terstruktur, sesuai kondisi lansia sangat penting saat menegakan suatu diagnosa keperawatan (Sitanggang, 2021).

PENGAJIAN KATZ INDEKS

Pemeriksaan Kemandirian Lansia dengan Index Katz

Nama Klien :

Jenis Kelamin :

Agama :

Pendidikan :

Alamat :

Tabel 2. 1 Pengkajian Katz Indeks

NO	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi</p> <p>Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		
2	<p>Berpakaian</p> <p>Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing/mengikat pakaian</p> <p>Tergantung: Tidak dapat memakai pakaian sendiri atau hanya sebagian</p>		
3	<p>Ke kamar kecil</p> <p>Mandiri: Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p>Tergantung: Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		

4	<p>Berpindah Mandiri: Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan</p>		
5	<p>Kontinen Mandiri: BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p>Tergantung: Inkontinensia parsial atau total: penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)</p>		
6	<p>Makan Mandiri: Mengambil makanan dari piring dan menyuapi sendiri</p> <p>Tergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)</p>		

Sumber: (Dewi, 2022)

Keterangan: Beri tanda ceklist (√) pada point sesuai kondisi klien.

Hasil: Hasil dari pengkajian katz index adalah

.....

.....

.....

.....

BARTHEL INDEKS MODIFIKASI INDEKS KEMANDIRIAN

KATZ

Tabel 2. 2 Barthel Indeks Modifikasi Kemandirian Katz

NO	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Aktivitas toilet	5	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, termasuk duduk ditempat tidur	5-10	15
4	Kebersihan diri mencuci muka, menyisir rambut, menggosok gigi	0	5
5	Mandi	0	5
6	Berjalan dipermukaan datar	10	15
7	Naik turun tangga	5	10
8	Berpakaian	5	10
9	Mengontrol defekasi	5	10
10	Mengontrol berkemih	5	10
	Total		100

Sumber: (Dewi, 2022)

Penilaian:

0-20 : Ketergantungan

21-61 : Ketergantungan berat/sangat tergantung

62-90 : Ketergantungan berat

91-99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan Short

Potable Mental Status Questioner (SPSMQ). Instruksi: Ajukan

pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban catat jumlah

kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan

Tabel 2. 3 Short Potable Mental Status Questioner (SPSMQ)

BENA R	SALA H	N O	PERTANYAAN
		01	Tanggal berapa hari ini?
		02	Hari apa sekarang?
		03	Apa nama tempat ini?
		04	Dimana alamat anda?
		05	Berapa umur anda?
		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
		07	Siapa presiden indonesia sekarang?
		08	Siapa presiden indonesia sebelumnya?
		09	Siapa nama ibu anda?
		10	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari tiap angka baru semua secara menurun

Sumber: (Dewi, 2022)

Score total:

Interprestasi data

Salah 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Salah 3-4 : Kerusakan intelektual ringn

Salah 5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 8-10 : Kerusakan intelektual berat

Pengkajian MMSE (Mini Mental Status Exam)

Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan

MMSE (Mini Mental Status Exam)

Tabel 2. 4 Pengkajian MMSE (Mini Mental Status Exam)

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar Tahun..... Tanggal..... Hari..... Bulan.....
2	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada? Provinsi..... Kota..... Panti apa..... Wisma.....

3	Registrasi	3		Minta klien untuk menyebutkan nama tiga objek, berikan waktu satu detik untuk mengatakan masing-masing objek. Kemudian tanyakan ketiga klien ketiga objek setelah anda menyatakannya. Beri 1 poin untuk setiap jawaban yang benar. Kemudian ulangi sampai klien mempelajari ketiganya. Jumlahkan percobaan dan catat. Percobaan:.....
4	Perhatian dan kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat 93..... 88..... 81..... 76..... 69.....
5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi objek diatas. Bila benar, 1 point untuk masing-masing objek
6	Bahasa	9		Nama pensil dan melihat (2 poin) Mengulangi hal berikut: “tak ada jika, dan atau tetapi” (1 poin)

Sumber: (Dewi, 2022)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis atas respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik secara aktual ataupun potensial, bertujuan untuk mengidentifikasi repon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Melalui diagnosa aktual, risiko dan promosi kesehatan (Sitanggang, 2021).

Diagnosa keperawatan pasca stroke yaitu:

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

1. Gejala dan tanda mayor

a. Data subjektif:

1) Mengeluh sulit mengerjakan ekstremitas

b. Data objektif:

1) Kekuatan otot menurun

2) Rentang gerak (ROM) menurun

2. Gejala dan tanda minor

a. Data subjektif:

1) Nyeri saat bergerak

2) Enggan melakukan pergerakan

3) Merasa cemas saat bergerak

b. Data objektif:

1) Sendi kaku

2) Gerakan tidak terkoordinasi

3) Gerakan terbatas

4) Fisik lemah

3. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan perencanaan suatu tindakan keperawatan yang dibutuhkan oleh klien lansia untuk mencegah, mengurangi masalah kesehatan yang terjadi pada lansia. Rencana dibuat dengan kriteria hasil sesuai dengan kebutuhan

lansia saat ini berdasarkan data dari hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan (Sitanggang, 2021).

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D.0054)	<p>Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas dari menurun menjadi cukup meningkat 2. Kekuatan otot dari menurun menjadi cukup meningkat 3. Rentang gerak (ROM) dari menurun menjadi cukup meningkat 4. Nyeri dari meningkat menjadi cukup menurun 5. Kecemasan dari meningkat menjadi cukup menurun 	<p>Terapi aktivitas (I.05186)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. Bekerja) dan waktu luang 6. Monitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 3. Fasilitasi memilih aktivitas dan

		<p>7. Kaku sendi dari meningkat menjadi cukup menurun</p> <p>8. Gerakan tidak terkoordinasi meningkat menjadi cukup menurun</p> <p>9. Gerakan terbatas dari meningkat menjadi cukup menurun</p> <p>10. Kelemahan fisik dari meningkat menjadi cukup menurun</p>	<p>tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai Kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</p> <p>4. Koordinasikan aktivitas sesuai usia</p> <p>5. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>6. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</p> <p>7. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasikan aktivitas yang dipilih</p> <p>8. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan dini), sesuai kebutuhan</p> <p>9. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>10. Fasilitasi motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>11. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan</p>
--	--	---	--

			<p>12. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>13. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. Kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia</p> <p>14. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, teratur, dan aktif</p> <p>15. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas relaksasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. Vocal grup, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)</p> <p>16. Libatkan keluarga dalam aktivitas</p> <p>17. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>18. Jadwalkan aktivitas rutinitas sehari-hari</p>
--	--	--	--

			<p>19. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari 2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan 4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika perlu 5. Anjurkan keluarga memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas 2. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu
--	--	--	--

Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan apa yang telah direncanakan sebelumnya atau pelaksanaan intervensi yang telah disusun sebelumnya sesuai dengan kriteria hasil dan intervensi yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan dari setiap diagnosa keperawatan yang telah disusun dan dengan berdasarkan pada konsep asuhan keperawatan gerontik (Sitanggang, 2021).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan akhir dalam proses asuhan keperawatan, dimana proses menilai apa yang telah dicapai dan bagaimana telah dicapai. Respon lansia dan keluarga dievaluasi secara kontinyu untuk mencapai tujuan yang diinginkan dan bisa memperbaharui data dan diagnosa keperawatan jika tindakan keperawatan belum mencapai tujuan yang diinginkan.

Evaluasi adalah suatu tahapan akhir dari proses keperawatan yang sistematis dan terencana antara hasil yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan sesuai. Evaluasi ada dua jenis yaitu evaluasi formatif yaitu respon hasil segera setelah dilakukan implementasi dan evaluasi sumatif yaitu menilai respon akhir pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang ingin dicapai yang telah ditentukan sebelumnya (menggunakan metode SOAP) (Sitanggang, 2021).

Kriteria hasil pergerakan ekstremitas dari menurun menjadi cukup meningkat, kekuatan otot dari menurun menjadi cukup meningkat, dan rentang gerak (ROM) dari menurun menjadi cukup meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

C. Terapi Aktivitas

1. Pengertian Terapi Aktivitas

Menggunakan aktivitas fisik, kognitif, sosial, dan spiritual tertentu untuk dapat memulihkan keterlibatan, frekuensi, atau durasi aktivitas individu atau kelompok (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2. Prosedur Terapi Aktivitas ROM

ROM pada penderita stroke merupakan sejumlah pergerakan yang dapat dilakukan pada bagian-bagian tubuh penderita stroke atau post stroke untuk menghindari adanya kekakuan sebagai dampak dari perjalanan penyakit ataupun gejala sisa. Terdapat dua jenis latihan ROM antara lain ROM aktif dan ROM pasif. ROM aktif adalah klien menggunakan ototnya ketika melakukan gerakan secara mandiri dan perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (Nofrel et al., 2020).

Sedangkan ROM pasif adalah latihan yang dilakukan dengan bantuan perawat atau keluarga pada setiap-setiap gerakan. ROM pasif dilakukan karena pasien belum mampu menggerakkan anggota badan secara mandiri (Anggriani et al., 2018).

D. SOP Terapi Aktivitas ROM

a. Persiapan

- 1) Mengucapkan salam dan berkenalan dengan pasien
- 2) Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan ke ada klien
- 3) Kontrak waktu dengan klien: Terapi aktivitas ROM dilakukan selama 5 hari. Dengan 2 sesi pada pagi hari pukul 09.00 dan sore hari pukul 15.00. Setiap sesi dilakukan 1 kali dengan waktu 15-20 menit.

b. Pelaksanaan

Tahap kerja gerakan ROM:

1) Leher

Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri

2) Lengan/pundak

Angkat tangan keatas lalu kembali ke bawah, setelah itu ke samping dan ke bawah lagi

3) Siku

Dengan menekuk lengan, gerakan lengan ke atas dan kebawah.

4) Pergelangan tangan

Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping kiri dan kanan

5) Jari tangan

Tekuk keempat jari tangan ke arah dalam lalu regangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu.

6) Lutut

Luruskan kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian di luruskan.

7) Pergelangan kaki

Tekuk pergelangan kaki ke atas dan ke bawah lalu luruskan.

8) Jari kaki

Tekuk jari kaki ke atas dan kebawah.