

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2. 1 Konsep Penyakit

2.2.1 Pengertian Stroke

Stroke merupakan gangguan saraf terjadi karena gangguan aliran darah otak sehingga pembuluh darah di otak rusak, berlangsung selama 24 jam atau lebih. Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (Kusyani, 2022).

WHO mendefinisikan stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akibat yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah ke otak stroke sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk- bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Trimora, 2020).

Stroke merupakan suatu gangguan atau masalah kerusakan pada otak akibat tersumbatnya aliran darah atau suplai darah ke otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak akibat dari iskemia dan hemorogik sirkulasi saraf otak. Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah kebagian otak. 2 jenis stroke yang utama adalah iskemik dan hemorogik.

Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena thrombosis (pengumpulan darah yang menyebabkan sumbatan dipembuluh darah) atau embolik (pecahnya gumpalan darah/benda asing yang ada didalam pembuluh darah) ke bagian otak (Amira, 2020).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit stroke adalah gangguan fungsi darah pada otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis yang berkembang secara cepat yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.

2.2.2 Penyebab/Etiologi

Ada 4 penyebab stroke, yaitu trombosis, embolisme cerebral perdarahan/hemoragic, dan iskemik (Sulistiyawati, 2023).

1. Trombosis

Trombosis merupakan proses pembentukan trombus dimulai dengan kerusakan dinding endotelial pembuluh darah, paling sering disebabkan karena aterosklerosis. Dimana aterosklerosis menyebabkan penumpukan lemak dan membentuk plak di dinding pembuluh darah. Jika pembentukan plak di dinding pembuluh darah. Jika pembentukan plak yang terus menerus bisa menyebabkan obstruksi yang dapat terbentuk di dalam pembuluh darah otak atau pembuluh organ distal. Pada trombus vaskuler distal, bekuan dapat terlepas dan akan dibawa melalui sistem arteri otak sebagai suatu embolus.

2. Embolisme

Merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh karena adanya bekuan darah, lemak dan udara. Biasanya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat pada sistem arteri serebri. Emboli biasanya berlangsung secara cepat biasanya kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan yang bisa menimbulkan emboli seperti katup-katup jantung yang rusak akibat penyakit jantung rematik, infark miokardium, fibrilasi dan keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah membentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali mengeluarkan embolus-embolus kecil, endokarditis oleh bakteri dan non bakteri menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endokardium.

3. Iskemia Serebral

Merupakan suatu kondisi dimana terjadinya penurunan suplai darah ke otak. Hal ini dapat disebabkan adanya konstriksi arteri pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

4. Hemoragi Serebral

Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Dimana hipertensi merupakan penyebab utama perdarahan intraserebral. Prognosis pasien dengan perdarahan intraserebral buruk, 50% kematian terjadi dalam 48 jam pertama. Tingkat kematian akibat

perdarahan intraserebral berkisar antara 40%-80%.

2.2.3 Klasifikasi Stroke

Secara garis besar, stroke diklasifikasikan menjadi 2 (dua) golongan yaitu (Rahmawati, 2020).

1. Stroke hemoragik (stroke perdarahan)

Stroke adalah perdarahan disebabkan oleh perdarahan suatu arteri serebralis yang hemoragi. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk kedalam jaringan otak, sehingga terjadi hematoma. Hemoragik stroke umumnya terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi. Hampir 70% kasus hemoragik terjadi pada penderita hipertensi (tekanan darah tinggi)

Menurut WHO dalam *international statistical classification of diseases and related health problem revision*, stroke hemoragik dibagi atas:

a. Perdarahan intraserebral (PIS)

Perdarahan intraserebral (PIS) adalah perdarahan didalam otak yang disebabkan oleh trauma (cedera otak) atau kelainan pembuluh darah, dan paling sering disebabkan oleh tekanan darah tinggi kronis. Perdarahan intraserebral menyumbang 10% dari semua stroke, tapi memiliki presentase tinggi penyebab kematian akibat stroke.

b. Pendarahan Subaraknoid

Pendarahan subaraknoid adalah masuknya darah ke ruang subaraknoid, ruang diantara lapisan dalam dan lapisan tengah jaringan selaput otak. Penyebab paling utama adalah pecahnya tojolan dalam arteri.

2. Stroke Non Hemoragik (iskemik)

Stroke non hemoragik atau serangan otak adalah hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat terganggunya suplai darah kebagian otak. Stroke non hemoragik terjadi akibat aliran darah ke otak terhambat sehingga sel-sel di otak tidak memperoleh nutrisi dan oksigen sehingga sel sel menjadi mati (Febriyanti, 2022).

Berdasarkan perjalanan klinisi, stroke non hemoragik dikelompokkan menjadi:

a) TIA (*Transien Ischemic Attack*)

Serangan stroke sementara, gejala defisit neurologis berlangsung kurang dari 24 jam.

b) Thrombosis Serebri

Sumbatan disebabkan oleh thrombus yang berkembang didalam arteri otak yang sudah sangat sempit.

c) Emboli Serebri

Sumbatan disebabkan oleh thrombus, gelombang udara, atau pecahan lemak yang terbentuk

dibagian tubuh lain seperti jantung dan pembuluh aorta di dada dan di leher yang terbawa aliran darah ke otak.

2.2.4 Faktor Resiko

Faktor resiko terjadinya stroke terbagi atas dua yaitu faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor resiko stroke yang dapat diubah adalah sebagai berikut (Siswanti, 2021).

1. Kelainan jantung/penyakit jantung

Terdapat hubungan yang erat antara penyakit jantung dengan stroke. Terjadinya gangguan/kelainan jantung menyebabkan pemompaan darah keseluruh tubuh lainnya termasuk ke otak menjadi tidak normal.

2. Hipertensi

Peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral.

3. Aneurisma pembuluh darah serebral

Adanya penebalan pada suatu tempat yang diikuti oleh penipisan ditempat lain mengakibatkan kelainan pada pembuluh darah.

4. Diabetes mellitus

Terjadinya peningkatan viskositas darah sehingga

memperlambat aliran darah serebral dan kelainan microvaskuler sehingga berdampak juga pada kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral. Hal ini mengakibatkan penderita DM berpotensi mengalami stroke.

5. Peningkatan kolesterol

Peningkatan kolesterol menjadi penyebab aterosklerosis dan terbentuknya embolus dari lemak disebut kolesterol tubuh tinggi.

6. Obesitas

Berat badan seseorang yang berlebih mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah otak, karena pada seseorang yang obesitas dapat terjadi hipertensi dan peningkatan kadar

7. Rokok

Asap yang dihirup saat merokok akan menimbulkan plak pada pembuluh darah karena nikotin, sehingga terjadi aterosklerosis.

8. Kurang aktivitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik dapat mengurangi kelenturan fisik termasuk kelenturan pembuluh darah, salah satunya pembuluh darah ke otak.

Faktor resiko stroke yang tidak dapat diubah adalah sebagai berikut:

1. Keturunan

Para ahli kesehatan meyakini terdapat hubungan antara resiko stroke dengan faktor keturunan, walaupun secara tidak langsung

resiko stroke meningkat pada seseorang dengan riwayat keluarga stroke. Seseorang dengan riwayat keluarga stroke lebih cenderung menderita diabetes dan hipertensi hal ini mendukung hipotesa bahwa peningkatan kejadian stroke pada keluarga peyandang stroke adalah akibat diturunkannya faktor resiko.

2. Jenis kelamin

Menurut studi kasus yang sering ditemukan, laki laki lebih beresiko terkena stroke tiga kali lipat dibandingkan dengan wanita. Namun, menurut laporan *American Heart and Stroke Statistics Subcomitte* menyebutkan bahwa kematian akibat stroke lebih banyak dijumpai wanita daripada laki-laki.

3. Umur

Mayoritas stroke menyerang semua orang berusia di atas 50 tahun. Namun dengan pola makan dan jenis makanan yang ada sekarang ini tidak menutup kemungkinan stroke bisa menyerang mereka yang berusia muda.

2.2.5 Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena thrombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut

infark, kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia umum (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesukaran untuk bernafas.

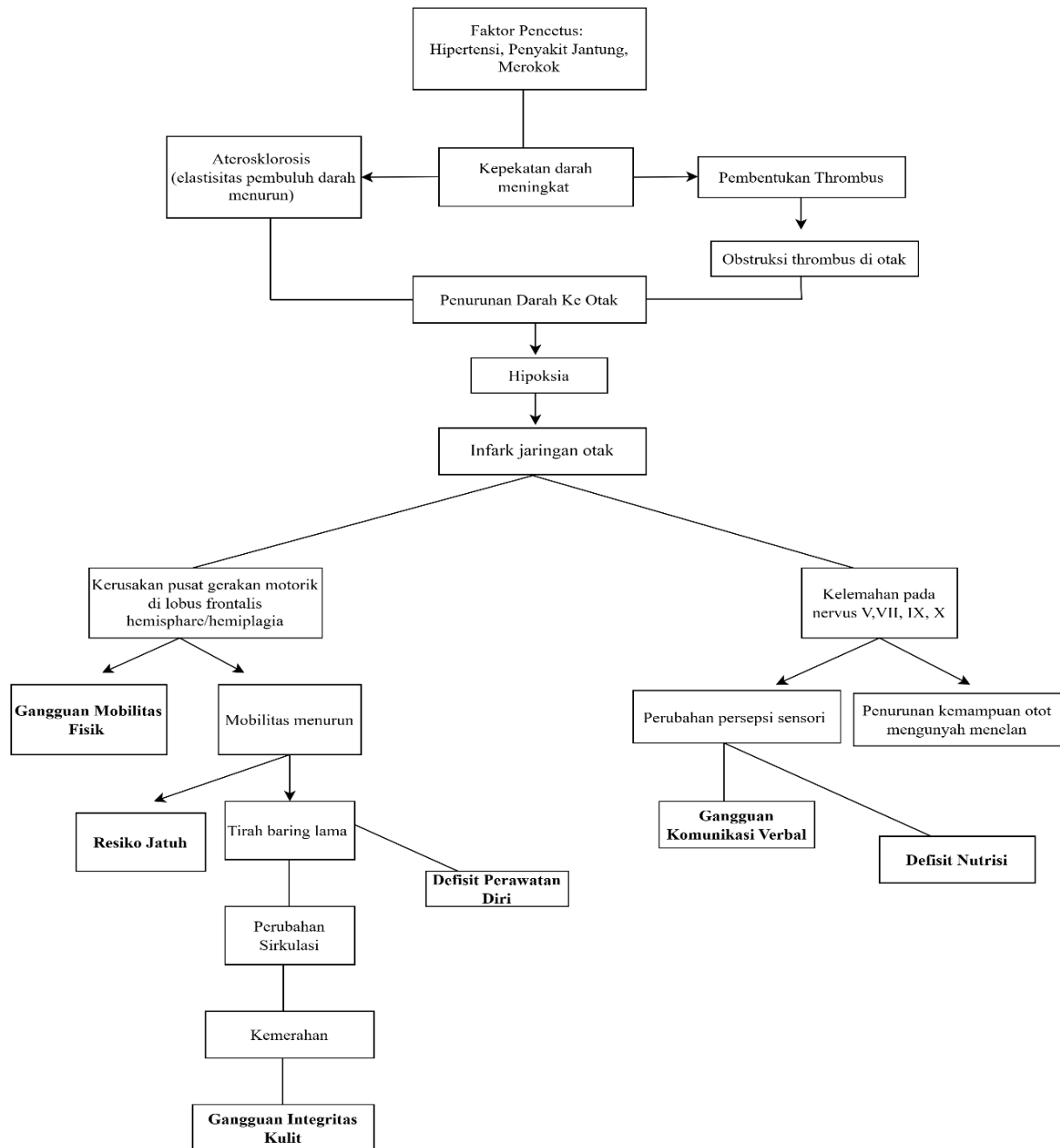
Stroke karena embolus merupakan akibat dari bekuan darah, udara, plaq, ateroma, fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemoragi maka faktor pencetus adalah hipertensi. Pada stroke trombotik atau metabolik maka otak mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena.

Patologi tersebut pada penderita stroke akan mengalami defisit neurologis. Defisit neurologis akan menyebabkan infark serebral sehingga terjadi penurunan perfusi jaringan serebral. Selain itu, defisit neurologis terjadi penurunan perfusi jaringan serebral. Selain itu, defisit neurologis juga menyebabkan hemiplegia (kelumpuhan sebagian tubuh) dan hemiparesis (kelemahan sebagian tubuh). Hemiplegia dan hemiparesis akan menyebabkan penderita stroke mengalami gangguan mobilitas fisik. Penurunan perfusi jaringan dapat membuat tingkat kesadaran menurun, sedangkan gangguan mobilitas fisik dapat menyebabkan tirah baring yang cukup lama. Penderita stroke akan berada pada posisi yang sama dalam waktu 24 jam selama sehari-hari sehingga beresiko tinggi mengalami gangguan integritas kulit.

Stroke dikarenakan di dalam thrombus atau embolus yang mengalami penyumbatan aliran darah ke otak. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak.

Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologist fokal. Perdarah otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah emboli (Kusyani & Khayudin, 2022).

2.2.6 Pathway



2.2.7 Manifestasi Klinis

Gejala dan tanda yang sering dijumpai pada penderita dengan stroke dapat muncul sementara atau menetap, hal ini karena disfungsi aliran darah menuju otak. Gejala pada penderita stroke bermacam-macam sesuai dengan bagian pembuluh darah yang dibagi menjadi 2 yaitu: (Syamsuddin & Adam, 2023).

a. Gangguan pada pembuluh darah karotis, sumbatan pada pembuluh darah ini dibagi menjadi 3 percabangan, yaitu: Sumbatan pada aliran darah menuju otak bagian tengah (arteri selebri media) dapat menimbulkan gejala sebagai berikut:

- a) Gangguan rasa atau sensasi pada wajah disebagaian sisi atau gangguan sensasi pada lengan kanan atau kiri
- b) Gangguan gerak, tidak dapat digerakan atau terasa kaku pada ekstermitas (Hemiparesis)
- c) Gangguan bicara, tidak dapat mengeluarkan kalimat (Afasia)
- d) Gangguan penglihatan, dapat berupa kabur (Hemiparesis)
- e) Mata selalu melihat ke satu sisi saja (Devalation Conjuage)
- f) Penurunan kesadaran
- g) Daya ingat menurun (Propagnosia)

- h) Mulut menjadi mencong atau bicara pelo (Disatri)
 - i) Separuh badan terasa mati rasa atau tidak dapat merasakan sensasi sentuhan
- b. Sumbatan pada aliran darah menuju ke otak bagian depan (Arteri cerebri anterior) dapat menimbulkan gejala sebagai berikut:
- a) Gangguan gerak atau kelumpuhan salah satu tungkai dan sensasi perabaan hilang
 - b) Tidak dapat menahan air kencing dan tidak sadar bila telah buang air kecil
 - c) Pingsan secara mendadak
 - d) Sulit untuk mengungkapkan perasaan
 - e) Sumbatan pada aliran darah menuju otak bagian belakang (arteri serebri posterior) dapat menimbulkan gejala sebagai berikut:
 - f) Sulit memahami yang dilihat
 - g) Tidak dapat mengenal warna
 - h) Kebutan pada mata atau lapang pandang menyempit
 - i) Terasa nyeri yang spontan
- c. Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris dapat menimbulkan berbagai gejala sebagai berikut:
- a) Gangguan gerak bola mata
 - b) Kedua kaki melemah dan tidak dapat berdiri
 - c) Seragan vertigo

- d) Nausea, muntah dan gangguan menelan
- e) Bicara sulit dimengerti
- f) Kehilangan pendengaran mendadak.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik yang perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosa stroke yaitu: (Hutagaluh, 2020).

1. CT scan

Pemeriksaan CT scan memperlihatkan letak edema secara spesifik, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

2. MRI

MRI (*Magnetic Imaging Resonance*) untuk menentukan besar atau luas dan posisi terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan dari pemeriksaan yaitu area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

3. Angiografi Serebri

Dalam prosedur ini, dokter menyuntikkan zat pewarna kontras terlebih dahulu ke dalam tubuh pasien. zat ini akan membantu dalam menghasilkan gambar pembuluh darah yang lebih jelas. Dengan ini, kelainan atau sumbatan pada pembuluh darah dapat diidentifikasi. Pada pemeriksaan angiografi serebri terdapat pendarahan arteriovena atau adanya rupture untuk menemukan penyebab stroke.

4. USG Doppler

USG Doppler adalah tes bersifat non-invasif yang digunakan untuk memperkirakan aliran darah melalui pembuluh darah. Proses pemeriksannya dilakukan dengan memantulkan gelombang suara frekuensi tinggi (ultrasound) dari sirkulasi sel darah merah.

5. EEG

Pemeriksaan EEG untuk mengetahui masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang mengalami infark sehingga impuls listrik dalam jaringan tak menurun.

6. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan kimia darah pada pasien stroke akut dapat terjadi hiperglikemia, gula darah dapat mencapai 250mg didalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

2.2.9 Komplikasi

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar

pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien stroke (Isorofah, 2023).

Komplikasi Stroke pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

- a. Bekuan darah (Trombosis) Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
- b. Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
- c. Pneumonia Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paruparu dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.
- d. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.
- e. Depresi dan kecemasan Gangguan perasaan sering

terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

2.2.10 Penatalaksanaan

- a. Farmakologis (Siswanti, 2021).
 1. Vasodilator meningkatkan aliran darah serebri (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan.
 2. Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin, intraarterial.
 3. Medikasi antitrombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi. Antiagresi trombotik seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi trombotik yang terjadi sesudah ulserasi arteri.
 4. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombotik atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler.
- b. Non Farmakologis
 - a. Terapi wicara

Terapi wicara membantu penderita untuk mengunyah,

berbicara, maupun mengerti kembali kata-kata.

b. Fisioterapi

Kegunaan metode fisioterapi yang digunakan untuk menangani kondisi stroke stadium akut bertujuan untuk:

- a) Mencegah komplikasi pada fungsi paru akibat tirah baring yang lama
- b) Menghambat spastisitas, pola sinergis ketika ada peningkatan tonus
- c) Mengurangi oedem pada anggota gerak atas dan bawah sisi sakit dengan merangsang timbulnya tonus ke arah normal, pola gerak dan koordinasi gerak
- d) Meningkatkan kemampuan aktivitas fungsional.

c. Akupunktur

Akupunktur merupakan metode penyembuhan dengan cara memasukkan jarum dititik-titik tertentu pada tubuh penderita stroke. Akupunktur dapat mempersingkat waktu penyembuhan dan pemulihan gerak motorik serta ketrampilan sehari-hari.

d. Terapi ozon bermanfaat untuk melancarkan peredaran darah ke otak, membuka dan mencegah penyempitan pembuluh darah otak,

mencegah kerusakan sel-sel otak akibat kekurangan oksigen, merehabilitasi pasien pasca serangan otak akibat kekurangan oksigen, merehabilitasi pasien pasca serangan stroke agar fungsi organ tubuh yang terganggu dapat pulih kembali, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, serta mengendalikan kadar kolesterol dan tekanan darah.

e. Terapi Sonolisis

Terapi ini bertujuan untuk memecahkan sumbatan pada pembuluh darah agar menjadi partikel-partikel kecil yang sangat halus sehingga tidak menjadi resiko untuk timbulnya sumbatan-sumbatan baru ditempat lain. Terapi sonolisis ini dilakukan dengan teknik ultrasound dan tanpa menggunakan obat-obatan.

f. Hidroterapi

Kolam hidroterapi digunakan untuk merehabilitasi gangguan saraf motorik pasien pasca stroke. Kolam hidroterapi berisi air hangat yang membuat tubuh bisa bergerak lancar, memperlancar peredaran darah dengan melebarnya pembuluh darah, dan memberikan ketenangan. Kolam hidroterapi memungkinkan pasien untuk berlatih menggerakkan anggota tubuh tanpa resiko cedera akibat terjatuh.

g. Terapi nutrisi

Beberapa zat gizi yang membantu dalam proses terapi nutrisi terkait stroke, diantaranya yaitu:

a) Vitamin

Vitamin A berperan sebagai antioksidan yang dapat mencegah terbentuknya tumpukan (Plak) kolesterol dalam pembuluh darah, misalnya wortel. Penelitian Harvard menunjukkan adanya penurunan risiko terkena stroke hingga 68% pada orang yang mengonsumsi lima porsi wortel dalam seminggu

b) Asam folat

Asam folat dapat menurunkan risiko penyempitan pembuluh darah otak. Asam folat terkandung dalam jenis sayuran, seperti bayam, salad, dan buah pepaya.

c) Vitamin C

Vitamin C banyak terdapat pada buah nanas yang dapat membantu mengencerkan darah, sehingga mengurangi hipertensi. Dengan jatuh dari risiko hipertensi, maka risiko stroke menurun.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.1 Pengkajian Fisik

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan dan merupakan

suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengavaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian NANDA terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif dan peninjauan informasi riwayat pasien dan objektif peninjauan informasi riwayat pasien dalam rekam medis. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuata dan resiko, pengkajian dapat didasarkan pada keperawatan atau pada kerangka pengkajian standart. Kerangka ini menyediakan cara mengkategorikan data dalam jumlah besar kedalam jumlah yang dikelola berdasarkan pola/kategori data terakit. Pengkajian 13 domain nanda

Pengkajian biodata difokuskan pada:

1. Usia karena usia diatas 50 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya gangguan serangan stroke
2. Jenis kelamin laki-laki lebih tinggi terkena resiko terjadinya stroke.
3. Ras: kulit hitam lebih tinggi angka kejadiannya
4. Lingkungan tempat tinggal
5. Tingkat pendidikan
6. Faktor social ekonomi

Domain 1: health promotion

1. Kesehatan umum

- a. Keluhan utama

Keluhan yang sering terjadi adalah penurunan kesadaran, kelumpuhan, dan keluhan sakit kepala berat.

b. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya terjadi nyeri kepala mual muntah bahkan kejang sampai tidak sadar selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain.

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dalam perubahan pada tingkat kesadaran dalam perubahan di dalam intracranial.

Domain 2: Nutrition

1. A (Antropometri)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi.

2. B (Biochemical)

Data laboratorium yang abnormal: hemoglobin dan albumin menurun.

3. C (Clinical)

Meliputi tanda-tanda klinis: rambut, turgor kulit, mukosa bibir, conjungtiva

4. D (Diet)

Ketidakmampuan untuk makan karena disfagia

Domain 3: Eliminasi and Change

1. Perubahan pola berkemih seperti inkontenensia urine, anuria

2. Distensi abdomen bising usus

Domain 4: Activity rest

1. Istirahat tidur

Merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat
(nyeri/kejang otot)

2. Aktivitas

ADL merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), mengalami penurunan kekuatan otot dan kelemahan fisik secara umum sehingga mengganggu aktivitas hidup sehari-hari (ADL).

Domain 5: Perception/ Cognition

Penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka pendek maupun panjang. Pola persepsi dan konsep diri yang didapatkan, klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah tidak kooperatif.

Domain 6: Self Perception

1. Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
2. Emosi labil ketidaksiapan untuk makan sendiri dan gembira
3. Kesulitan untuk mengekspresikan diri

Domain 7: Relationship

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

Domain 8: Sexuality

Adanya penurunan gairah seksual

Domain 9: Coping/Stress Tolerance

Biasanya dijumpai tanda kecemasan karena ancaman kematian diekspresikan dengan menangis, klien dan keluarga sering bertanya tentang pengobatan dan kesembuhan .

Domain 10: Life Principle

Klien biasanya jaraang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan, atau kelumpuhan pada slah satu sisi tubuh

Domain 11: Safety/Protection

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan, atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

Domain 12: Comfort

Pengkajian objektif pada pasien ditemukan wajah meringis, menangis, merintih, meregang dan mengeliat, perasaan tidak nyaman seperti mual dan muntah.

Domain 13: Growth/ Development

Biasanya pada pasien stroke tidak ada masalah dalam pertumbuhan.

Pengkajian Fisik:

1. Kepala dan Leher

- Inspeksi: Pemeriksaan awal dengan memperhatikan adanya kelainan pada bentuk kepala, wajah, kulit, rambut, dan ekspresi wajah.
- Palpasi: Periksa tengkorak untuk adanya benjolan

atau kelainan. Periksa kelenjar tiroid di leher untuk pembesaran atau ketegangan.

- Pemeriksaan Mata: Cek kelopak mata, konjungtiva, pupil (reaksi cahaya dan ukuran), dan retina menggunakan oftalmoskop.
- Pemeriksaan Telinga: Inspeksi telinga luar dan pemeriksaan menggunakan otoskop untuk melihat kondisi telinga tengah.
- Pemeriksaan Mulut dan Tenggorokan: Periksa gigi, gusi, dan mukosa mulut untuk adanya lesi atau infeksi. Pemeriksaan tenggorokan dengan menggunakan spatula laring untuk melihat amandel dan dinding tenggorokan.

2. Dada dan Paru-paru

- Inspeksi: Perhatikan bentuk dada, pergerakan pernapasan, dan apakah ada ketidakteraturan atau pembengkakan.
- Palpasi: Periksa adanya sensitivitas atau benjolan pada dada. Gunakan tangan untuk meraba suara pernapasan (fremitus) saat pasien berbicara.
- Perkusi: Ketuk area dada untuk mendengar suara dan menentukan apakah ada kelainan seperti cairan atau udara.

- **Auskultasi:** Gunakan stetoskop untuk mendengarkan suara pernapasan. Pastikan tidak ada suara abnormal seperti wheezing atau crackles.

3. Jantung dan Pembuluh Darah

- **Inspeksi:** Lihat area dada untuk tanda-tanda pembesaran jantung atau pulsasi abnormal.
- **Palpasi:** Palpasi puncak jantung (area precordial) untuk mendeteksi ketukan atau thrill (getaran).
- **Auskultasi:** Gunakan stetoskop untuk mendengarkan detak jantung dan suara jantung. Periksa adanya murmur atau suara abnormal lainnya.

4. Perut

- **Inspeksi:** Perhatikan bentuk perut, adanya pembengkakan, atau perubahan warna kulit.
- **Palpasi:** Palpasi lembut untuk merasakan adanya nyeri, pembesaran organ, atau massa.
- **Perkusi:** Ketuk perut untuk mendeteksi adanya cairan atau udara yang terperangkap di dalamnya.
- **Auskultasi:** Dengarkan suara peristaltik usus dengan stetoskop untuk memastikan aktivitas

normal organ pencernaan.

5. Ekstremitas (Tangan dan Kaki)

- Inspeksi: Periksa adanya pembengkakan, kemerahan, atau kelainan bentuk pada tangan, kaki, atau jari.
- Palpasi: Raba bagian ekstremitas untuk mendeteksi suhu kulit, kelembutan, atau pembengkakan.
- Pemeriksaan Pembuluh Darah: Periksa nadi di pergelangan tangan, siku, dan kaki untuk memeriksa aliran darah dan adanya masalah pembuluh darah (misalnya, pembengkakan vena atau pembekuan darah).
- Gerakan Sendi: Uji rentang gerak sendi untuk memastikan tidak ada kekakuan atau pembatasan gerakan.

6. Sistem Saraf

- Pemeriksaan Neurologis: Cek kesadaran pasien, respons terhadap rangsangan, serta kekuatan dan refleks otot.

12 Saraf Kranial:

1. Saraf Olfaktorius (Nervus 1)- Saraf Penciuman
2. Saraf Optik (Nervus 2)- Saraf

Penglihatan

3. Saraf Oculomotor (Nervus 3)- Saraf Penggerak Mata
 4. Saraf Trochlear (Nervus 4)- Saraf Penggerak Mata
 5. Saraf Trigeminal (Nervus 5)- Saraf Sensori dan Motorik Wajah, Sensasi wajah dan mengatur otot pengunyahan
 6. Saraf Abducens (Nervus 6)- Saraf Penggerak Mata (Otot Lateral Rectus), Menggerakkan mata keluar
 7. Saraf Fasialis (Nervus 7)-Saraf Ekspresi Wajah
 8. Saraf Vestibulokoklear (Nervus 8)- Saraf Pendengaran Keseimbangan
 9. Saraf Glosfaringeal (Nervus 9)- Saraf dan Fungsi Faring
 10. Saraf Vagus (Nervus 10)- Saraf Faring dan Laring
 11. Saraf Aksesori (Nervus 11)- Saraf Penggerak Leher
 12. Saraf Hipoglosus (Nervus 12)- Saraf Penggerak Lidah
- Pemeriksaan Kekuatan Otot: Periksa kekuatan

otot dengan meminta pasien untuk menggerakkan ekstremitas mereka.

7. Kulit

- Inspeksi: Periksa kulit untuk lesi, luka, ruam, atau tanda infeksi.
- Palpasi: Raba kulit untuk mendeteksi suhu, kelembapan, dan elastisitas. Cek adanya pembengkakan atau nodul.

8. Kaki dan Sendi

- Inspeksi: Periksa kaki dan jari-jari kaki untuk kelainan bentuk, pembengkakan, atau luka.
- Palpasi: Periksa adanya pembengkakan atau rasa nyeri pada sendi, seperti pergelangan kaki, lutut, atau jari.
- Gerakan Sendi: Periksa rentang gerak pada sendi kaki dan tangan untuk memastikan normalitas gerakan.

Reflek Fisiologis:

1. Reflek Patella (Reflek Lutut)
2. Reflek Achilles (Refleks Tumit)
3. Reflek Biceps (Refleks Siku)
4. Refleks Triceps
5. Refleks Plantar (Refleks Telapak Kaki)

Reflek Patologis:

1. Refleks Babinski
2. Refleks Hoffman
3. Refleks Caddock
4. Refleks Glabellar

2. 2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien stroke antara lain yaitu:

1. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular
2. Gangguan Integritas kulit b.d perubahan sirkulasi
3. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular
4. Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular
5. Defisit perawatan diri b.d kelemahan
6. Resiko jatuh b.d neuropati
7. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Hipertensi

2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkahlangkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan. (Bustan & P, 2023)

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 7x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikais toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik: 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini

			3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
2.	Gangguan integritas kulit (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: Integritas kulit dan jaringan (L.14125) 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nekrosis menurun	Perawatan luka tekan (I.14566) Observasi 1. Monitor kondisi luka (meliputi ukuran luka, derajat luka, perdarahan, warna dasar luka, infeksi,eksudet, bau luka, kondisi tepi luka) 2. Monitor tanda dan gejala infeksi pada luka 3. Monitor status nutrisi (mis.asupan kalori,protein) Terapeutik 1. Bersihkan kulit disekitar luka dengan sabun dan air 2. Bersihkan luka dalam dengan menggunakan Nacl 0,9% 3. Lakukan pembalutan luka, jika perlu 4. Oleskan salep 5. Pertahankan kepala tempat tidur pada posisi terendah yang dapat ditoleransi 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sesuai kondisi pasien 7. Berikan diit dengan kalori 3035 kkal/kg BB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/Hari 8. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A,C,Zinc,asam amino), sesuai kondisi

			Edukasi 1. Anjurkan melaporkan tanda tanda kerusakan kulit 2. Anjurkan menghindari duduk dalam jangka waktu lama 3. Anjurkan prosedur perawatan luka Terapeutik 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enximatik, biologis, mekanis, autolitik) jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
3.	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Komunikasi Verbal (L.13118) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) Observasi: 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 3. Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik: 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien,

			dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 4. Ulangi apa yang disampaikan pasien 5. Berikan dukungan psikologis
4.	Gangguan menelan (D.0063)	Status menelan (L.06052) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek menelan meningkat 3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat 4. Frekuensi tersedak menurun	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351) Observasi: 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik: 1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 4. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 5. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai

			8. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi.
5.	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Perawatan diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 4. Melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi: 1. Identifikasi adanya keyakinan tidak rasional Terapeutik: 1. Fasilitasi mengidentifikasi situasi perasaan muncul dan repons terhadap situasi 2. Fasilitasi mengidentifikasi refleksi perasaan yang destruktif 3. Fasilitasi mengidentifikasi dampak situasi pada hubungan keluarga 4. Fasilitasi dukungan spiritual, jika perlu Edukasi : 1. Ajarkan mengidentifikasi perasaan bersalah yang menyakitkan 2. Ajarkan menggunakan teknik menghentikan pikiran substitusi pikiran dengan relaksasi otot saat pikiran bersalah terus dirasakan 3. Ajarkan mengidentifikasi pilihan untuk mencegah, mengganti, menebus kesalahan, dan penyelesaian.
6.	Resiko Jatuh (D.0143)	Tingkat jatuh (L.14138) 1. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi:

		diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria haJatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik: 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
--	--	--	--

			Edukasi 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
7.	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Perfusi serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam diharapkan perfusi serebral tidak efektif kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intra kranial membaik 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 6. Kasadaran membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/ gejala peningkatan TIK 3. Monit CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 4. Monitor PAP, jika perlu 5. Monitor CPP (cerebral perfusion pressure) 6. Monitor status pernapasan 7. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Minimalkan stimulus ciptakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Cegah terjadinya kejang

			4. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 5. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi Kolaborasi pemberian diuretik jika perlu
--	--	--	--

2. 4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi. (PPNI,2017)

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, Implementasi melibatkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang diperoleh selama fase perencanaan. Dalam implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan berdasarkan intervensi keperawatan. (PPNI,2017)

2. 5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pendokumentasian pada kasus dilakukan menggunakan evaluasi hasil yaitu dengan format SOAP (subjektif, objektif, analisis, dan planning). Dalam evaluasi keperawatan kasus kelolaan didapatkan satu diagnosis keperawatan teratasi sebagian dan dua diagnosis teratasi penuh.

Evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Bustan & P, 2023).

2.3 Konsep Gangguan Integritas Kulit

2.3.1 Pengertian/Definisi

Gangguan integritas kulit adalah kerusakan kulit bagian dermis dan/atau epidermis jaringan pada membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament (PPNI, 2017).

Gangguan integritas kulit adalah dimana keadaan yang mengalami kerusakan jaringan epidermis dan dermis pada lapisan kulit. Ulkus dekubitus atau juga dikenal dengan istilah bed sore adalah suatu area terlokalisasi yang mengalami nekrosis akibat penekanan dalam jangka waktu yang lama yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler. Ulkus dekubitus ini biasa ditemukan pada bagian permukaan tulang yang menonjol (Rehatta & Hanindito, 2019).

2.3.2 Penyebab

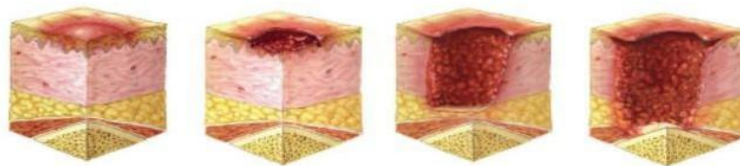
1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan/kelebihan volume cairan
4. Perubahan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertenaga tinggi)
8. Efek samping terapi radiasi
9. Kelembaban
10. Proses penuaan

11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan

2.3.3 Tanda dan Gejala

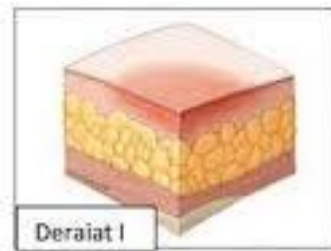
- a. Gejala dan Tanda Mayor (PPNI, 2017)
 1. Subjektif : -
 2. Objektif : Kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit
- b. Gejala dan Tanda Minor
 3. Subjektif : -
 4. Objektif :
 - a) Nyeri
 - b) Perdarahan
 - c) Kemerahan
 - d) Hematoma

2.3.4 Klasifikasi



Derajat 1,2,3,4 semua ulkus dekubitus dinilai dan dikategorikan berdasarkan kriteria NPUAP (National Pressure Injury Advisory) yang terdiri atas 4 derajat. Penilaian dilakukan setelah memberikan bed luka sehingga dapat dengan jelas menilai kondisi anatomis luka. Area

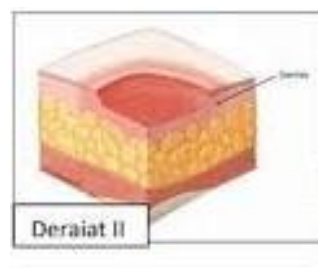
eritema (kemerahan) dan indurasi akan muncul di area luka akibat hipoperfusi dan tekanan pada lapisan atas kulit. Kemerahan ini tidak memucat dengan tekanan ujung jari.



1. Stadium I

Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut: perubahan temperature kulit, perubahan konsistensi jaringan, perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Reaksi peradangan masih terbatas pada epidermis, tampak sebagai daerah kemerahan atau eritema dan juga indurasi atau lecet.

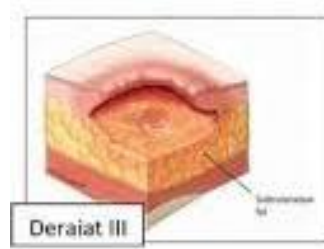
2. Stadium II



Reaksi yang lebih dalam lagi sampai mencapai seluruh dermis hingga lapisan lemak subkutan, tampak sebagai ulkus yang dangkal, dengan tepi yang jelas dan perubahan warna pigmen kulit. Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang

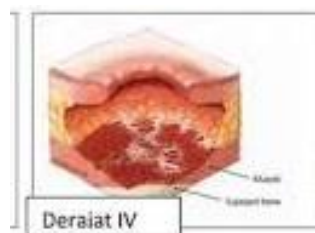
dangkal. Jika kulit terluka atau robek maka akan timbul infeksi.

3. Stadium III



Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, meliputi jaringan lemak subkutan dan menggaung, berbatasan dengan fascia dari otot-otot. Sudah mulai didapat infeksi dengan jaringan nekrotik.

4. Stadium IV



Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada ototm tulang atau tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran atau sinus. Perluasan ulkus menembus otot, hingga tampak tulang di dasar ulkus yang dapat mengakibatkan infeksi pada tulang atau sendi (Andriyanto, Armiyanti, & Aisyah, 2024).

2.3.5 Kondisi Klinis Terkait

1. Imobilisasi
2. Gagal jantung kogestif
3. Gagal ginjal

4. Imunodefisiensi (mis.AIDS) (Tarwoto, 2023).

2.3.6 Intervensi

Sumber dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Penatalaksanaan Gangguan Integritas Kulit dapat dilakukan dengan pendekatan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu Perawatan Luka Tekan (I.14566)

1. Intervensi Klien Stroke dengan Gangguan Integritas Kulit

Swedish massage (Suharto, 2022)

- a) Definisi

Swedish massage merupakan salah satu intervensi pijat yang dapat meningkatkan sirkulasi serta kenyamanan.

- b) Tujuan

Melancarkan sirkulasi darah, meningkatkan relaksasi dan menurunkan stress, mengurangi rasa nyeri, meningkatkan kualitas tidur.

- c) Prosedur

Swedish massage merupakan salah satu intervensi pijat dengan memberikan lotion sebagai pelumas dan pelembab kulit tindakan yang terpenting dalam menjaga integritas kulit adalah dengan memberikan pelembab seperti lotion, krim, salep rendah alkohol, minyak zaitun, minyak kelapa murni (Nursiswati, 2023).

Namun, penerapan terapi ini harus disesuaikan dengan jenis stroke, fase pemulihan, dan kondisi individu pasien. Tidak semua pasien stroke dapat menjalani Swedish massage, karena terdapat kondisi tertentu yang harus dipertimbangkan untuk memastikan

keamanan dan efektivitas terapi. Oleh karena itu, penting untuk menentukan kriteria pasien stroke yang layak untuk mendapatkan Swedish massage, agar manfaat terapi ini dapat diperoleh secara optimal tanpa menimbulkan risiko tambahan. Pada kondisi tersebut pasien harus dimiringkan dan dimobilisasi agar tidak terjadi luka tekan yang mengakibatkan decubitus. Pasien stroke yang dapat dilakukan terapi ini yaitu stroke iskemik, stroke hemoragik dan TIA (*Transient Ischemic Attack*), namun tidak semua pasien hemoragik dapat dilakukan mobilisasi dikarenakan memerlukan perhatian khusus karena adanya risiko pendarahan berulang.

Prosedur pemijatan dilakukan pada dengan posisi berbaring dan dimulai dari kaki lalu berlanjut ke paha, pinggang, punggung, tangan, bahu, leher, kepala dan wajah. Sedangkan, pada penelitian Moghadasi massage dimulai dari leher ke belakang (dari bahu ke area lumbal). Massage di area tersebut dapat merangsang sistem saraf superfisial yang akan menghambat sistem saraf simpatis sehingga tekanan darah dan aliran darah lebih stabil. Massage dilakukan dua kali sehari selama 5 hari berturut-turut dengan waktu 10 menit (Nursiswati, 2023).

a) Kontra Indikasi

1. Stroke akut atau stroke yang baru saja terjadi
2. Stroke emboli
3. Hipertensi tidak terkontrol

4. Gangguan sensorik motorik akibat stroke

b) Manajemen Nutrisi

- Pengertian: Manajemen nutrisi adalah saran upaya penyuluhan zat gizi pasien
- Tujuan: Memberikan makanan yang tepat kepada pasien sesuai dengan penyakit dan kondisi umum maupun kondisi saluran cerna pasien.

2. Intervensi Klien Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Sebagai Berikut:

Pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik sering kali diberikan latihan ROM karena imobilisasi dapat meningkatkan risiko terjadinya dekubitus (luka tekan), oleh karena itu pasien stroke harus di miringkan ke kanan dan kekiri agar tidak ada tekanan pada tubuh bagian belakang. Namun terdapat pasien stroke yang tidak boleh dilakukan mobilisasi yaitu pasien stroke yang mengalami resiko aspirasi, pasien stroke yang kondisinya belum stabil, hemiplegia karena jika menggerakkan dirinya dengan sendiri dapat menyebabkan nyeri atau cedera jika diposisikan secara tidak tepat (Mubarrok, 2023).

Terapi latihan otot untuk mempertahankan kemampuan menggerakkan sendi secara keseluruhan dan mencegah kecacatan pada pasien stroke yang dapat dilakukan pada leher, ekstremitas atas dan bawah. Latihan ROM dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara aktif maupun pasif. ROM aktif adalah gerakan sendi yang dapat dicapai

dengan kontraksi otot aktif yang dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien, sedangkan ROM pasif merupakan latihan ROM yang dilakukan oleh pasien dengan bantuan perawat atau anggota keluarga. Pada kasus ini, pasien diberikan ROM pasif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan dan ROM aktif pada ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan. Latihan ROM diberikan bersamaan dengan edukasi yang dilakukan kepada keluarga agar bisa melakukan latihan kepada pasien secara mandiri (Maljuilani, 2023).

Indikasi latihan ROM pasif adalah pasien-pasien dengan penurunan kesadaran, pasien dengan hambatan mobilisasi, pasien tirah baring atau pasien dengan paralisis seperti pada pasien stroke. Gerakan-gerakan dalam terapi latihan ROM yang dapat dilakukan meliputi fleksi, ekstensi, hiperekstensi, sirkumsisi, abduksi, aduksi dan oposisi. Terapi latihan ROM adalah terapi lanjutan pada pasien stroke yang ditujukan untuk meningkatkan suplai darah otak, meminimalkan kecacatan dan meningkatkan fungsi sensorimotor.

Intervensi latihan ROM bermanfaat dalam mempertahankan atau meningkatkan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan mobilitas sendi, mencegah kelainan bentuk (deformitas), mencegah kekakuan serta mencegah kontraktur (Maljuilani, 2023).

2.3.7 Evaluasi

a. Sejarah indicator

Braden Scale adalah alat penilaian yang dikembangkan oleh Barbara Braden dan Nancy Bergstrom pada tahun 1987 untuk

mengukur risiko seseorang mengalami luka tekan (pressure ulcers). Skala ini terdiri dari enam indikator utama, yaitu sensory perception, moisture, activity, mobility, nutrition, dan friction and shear, yang masing-masing dinilai antara 1 hingga 4, sehingga total skor berkisar antara 6 hingga 23. Semakin rendah skor yang diperoleh, semakin tinggi risiko pasien mengalami luka tekan. Alat ini banyak digunakan oleh tenaga medis di seluruh dunia sebagai langkah preventif dalam perawatan pasien rawat inap, lansia, dan mereka yang memiliki keterbatasan mobilitas, dengan tujuan mencegah komplikasi yang lebih serius akibat luka tekan. (Nilasanti, 2022).

b. Indikator penelitian

Penelitian dan klasifikasi sangat penting untuk perencanaan dalam studi kasus, penilaian gangguan integritas kulit menggunakan Braden Scale merupakan skala yang dikembangkan dan digunakan untuk mengkaji kondisi luka khususnya luka tekan.

Indikator Braden Scale

Faktor Resiko	Skor dan Deskripsi			
	1	2	3	4
Persepsi Sensori Kemampuan respon terhadap ketidaknyamanan	Sama sekali terbatas tidak berespon terhadap rangsangan nyeri	Sangat terbatas Hanya berespon terhadap rangsangan nyeri	Sedikit terbatas Berespon terhadap perintah, tetapi Tidak selalu mrngkomunikasikan ketidaknyamananya	Tidak terganggu Berespon penuh terhadap perintah

Kelembaban Derajat kulit yang terpapar pada kelembaban	Lembab terus menerus Terdeteksi linen basah setiap kali membantu ubah posisi, kulit sering terpapar oleh urine, keringat	Sering Lembab Hampir membutuhkan pengantian linen 1-2 kali setiap shift	Kadang lembab Membutuhkan penggantian linen rata-rata 2-3 kali sehari	Jarang lembab Kulit tampak kering, penggantian linen dijadwalkan sesuai jadwal
Aktivitas Derajat aktivitas fisik	Baring total	Duduk di kursi Mobilisasi sangat terbatas	Kadang-kadang Mampu berjalan untuk jarak pendek, aktivitas dilakukan di bed	Sering berjalan Dapat berjalan
Mobilitas Kemampuan untuk merubah posisi	Imobilitas Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstermitas tanpa bantuan	Sangat terbatas Mampu menggerakkan tubuh tetapi tidak mampu secara berkala/mandiri	Sedikit terbatas Mampu menggerakkan tubuh secara berkala namun tidak optimal	Tidak terbatas Mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan
Nutrisi	Sangat buruk Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan per hari sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makan yang disajikan	Tidak adekuat Hanya menghabiskan 1/2 porsi makan yang disajikan	Adekuat Mampu menghabiskan 3/4 porsi makan	Sangat baik Mampu menghabiskan 1 porsi makan
Gesekan	Bermasalah Setiap kali mengangkat terjadi gesekan,	Potensial Bermasalah Dapat bergerak bebas tapi tetap	Tidak Bermasalah Bergerak di bed atau kursi tanpa bantuan	

	pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi	membutuhkan bantuan minimal		
--	---	-----------------------------------	--	--

Interpretasi Skor Total:

- **Resiko Tinggi : <11**
- **Resiko Sedang : 12-14**
- **Resiko Rendah : >15**

