

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

a. Konsep Stroke

i. Definisi Stroke

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (*World Health Organization* [WHO], 2014). Stroke adalah suatu keadaan yang mengakibatkan seseorang mengalami kelumpuhan atau kematian karena terjadinya gangguan perdarahan di otak yang menyebabkan kematian jaringan otak (Batticaca, 2009). Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi control gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (American Heart Association [AHA], 2015)

1.4.2 Klasifikasi

Stroke di bagi menjadi 2 berdasarkan penyebabnya, yaitu:

7) Stroke Hemoragic

Merupakan stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau perdarahan subarakhnoid karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak (AHA, 2015). Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologik dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam tengkorang yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernapasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk, dan hemiplegia (Sylvia, 2005; Yeyen, 2013).

8) Stroke Iskemik

Merupakan stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan (AHA, 2015). Sumbatan tersebut

1.4.3 Etiologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2012) stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu:

1. Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama trombosis, yang adalah penyebab paling umum dari stroke. Secara umum, trombosis tidak terjadi secara tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari (Smeltzer & Bare, 2013)
2. Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral (Valante et al, 2015).
3. Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Valante et al, 2015).
4. Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif. Akibat dari keempat kejadian di atas maka terjadi penghentian suplai darah ke

otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen fungsi otak dalam gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi. (Smeltzer & Bare, 2013)

Akibat dari keempat kejadian di atas maka terjadi penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen fungsi otak dalam gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi.

1.4.4 Faktor risiko stroke dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Faktor yang tidak dapat di ubah seperti :

1 Genetik

Keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan dalam penanda aterosklerosis awal yaitu proses terjadinya timbunan lemak di bawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke. (Agustina & Raharjo, 2015)

2 Umur

Umur lebih tua lebih mudah untuk terkena stroke iskemik dibandingkan dengan usia muda. Hal ini berkaitan dengan teori degeneratif yang menyebabkan perubahan pada struktur dan fungsi pembuluh darah. (Made et al., 2019).

3 Jenis Kelamin.

Penelitian menunjukkan bahwa perempuan mengalami efek neuroprotektif sebelum menopause yang berkaitan dengan hormon estrogen dan cenderung memiliki risiko stroke yang lebih rendah antara usia 40 sampai dengan 75 tahun dibandingkan dengan laki-

laki, tetapi setelah 75 tahun, perempuan mengalami sekitar 50% risiko lebih besar untuk stroke dari-pada laki-laki. (Samai & Martin-Schild, 2015).

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi :

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi dapat memicu keadaan aterosklerosis yang dapat mendorong *Low Density Lipoprotein* (LDL) kolesterol untuk lebih mudah masuk dalam pembuluh darah dan menurunkan elastisitas pembuluh darah tersebut .(Yueniwati, 2014)

2) Diabetes Melitus

Diabetes memberikan dampak yang tidak baik pada jaringan tubuh, menyebabkan peningkatan deposit lemak atau pembekuan di bagian dalam dinding pembuluh darah dan dapat mempercepat terjad- inya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun besar termasuk pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak. (American Stroke Association, 2018)

3) Kolesterol

Kadar kolesterol total yang tinggi akan menyebabkan terjadinya artheroklerosis yang berperan dalam terjadinya stroke(Gofir et al., 2009)

4) Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik. Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko terjadinya stroke diantaranya penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung seperti pada fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan penurunan kardiak output, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral (Tarwoto, 2013).

5) Merokok

Merokok dapat memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya arterosklerosis. Arterosklerosis dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit dan aliran darah menjadi lambat. Selain itu merokok meningkatkan oksidasi lemak yang berperan dalam perkembangan arterosklerosis dan menurunkan jumlah HDL (kolesterol baik) atau menurunkan kemampuan HDL dalam menyingkirkan kolesterol LDL yang berlebihan (Burhanuddin et al, 2012).

6) Alkoholik

Alkoholik dapat mengalami hipertensi karena sifat alkohol mengikat air, memperberat kerja jantung dan penurunan aliran darah ke otak (Hariyanto A, 2015).

7) Obesitas

Obesitas merupakan faktor predisposisi penyakit jantung dan stroke. Jika seseorang memiliki berat badan yang berlebihan maka jantung bekerja keras untuk memompa darah keseluruh tubuh sehingga dapat meningkatkan tekanan darah (Patel, 1995 dalam jurnal jatiningrum 2018).

8) Hiperkolesterolemia

Secara alamiah tubuh kita lewat fungsi hati membentuk kolesterol sekitar 1000 mg setiap hari dari lemak jenuh. Selain itu, tubuh banyak dipenuhi kolesterol jika mengonsumsi makanan berbasis hewani. Kolesterol inilah yang menempel pada permukaan dinding pembuluh darah yang semakin hari semakin menebal dan dapat menyebabkan penyempitan dinding pembuluh darah yang disebut arterosklerosis. Bila di daerah pembuluh darah menuju ke otot jantung terhalang karena penumpukan kolesterol maka akan terjadi serangan jantung. Sementara bila yang tersumbat adalah pembuluh darah pada bagian otak maka sering disebut stroke (Burhanuddin et all, 2012).

1.4.5 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, ukuran lesi dan ada sirkulasi kolateral. Jika dalam waktu 24 jam tanda-tanda atau gejala hilang, maka dinyatakan sebagai Transient Ischemic Attack (TIA) yang merupakan serangan kecil atau serangan awal stroke. Gejala

klinis stroke meliputi:

1 Kelumpuhan

Kelumpuhan wajah atau kelumpuhan anggota badan sebelah (hemipareis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di area korteks bagian frontal. Kerusakan ini bersifat kontralateral yang artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan control volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2 Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system syaraf otonom dan gangguan syaraf sensorik.

3 Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma)

Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4 Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut (Tarwoto, 2013):

7. Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara termasuk dalam membaca, menulis, dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle

serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik, dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan pembicaraan. Afasia sensorik terjadi pada area Wernicke yang terletak pada lobus temporal otak. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global tidak dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

8. Disartria (bicara cadel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama pada artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan otot bibir, lidah, dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

5 Gangguan pada area mata, diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan lobus temporal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf okulomotoris, troklearis, dan abduksen (saraf cranial III, IV, dan VI).

6 Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan saraf krania IX (glossofaringeus). Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

7 Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

8 Vertigo, muntah dan nyeri kepala terjadi karena peningkatan tekanan intracranial, edema serebri.

Tabel 2.1. Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif

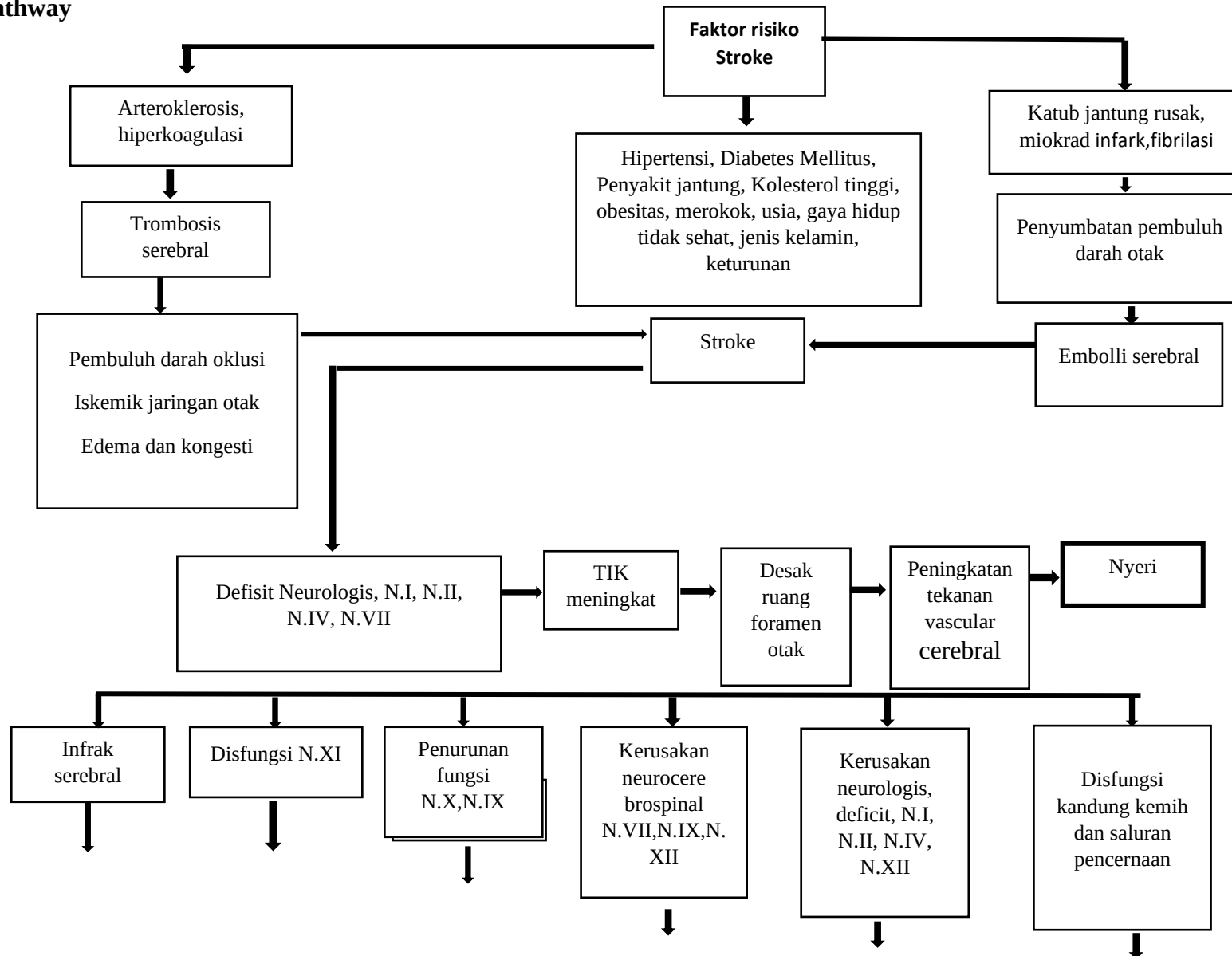
Compos Mentis	Keadaan pasien dalam sadar
<i>Apatis</i>	Keadaan pasien yang segan terhadap lingkungan, acuh tak acuh.
<i>Letargi</i>	Keadaan sadar tapi lesu dan mengantuk
<i>Delirium</i>	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor gelisah.
<i>Somnolen</i>	Keadaan pasien dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri tetapi kembali tidur.
<i>Sopor</i>	Keadaan mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri.
<i>Koma</i>	Keadaan kesadaran yang hilang dengan rangsangan apapun tidak akan timbul.

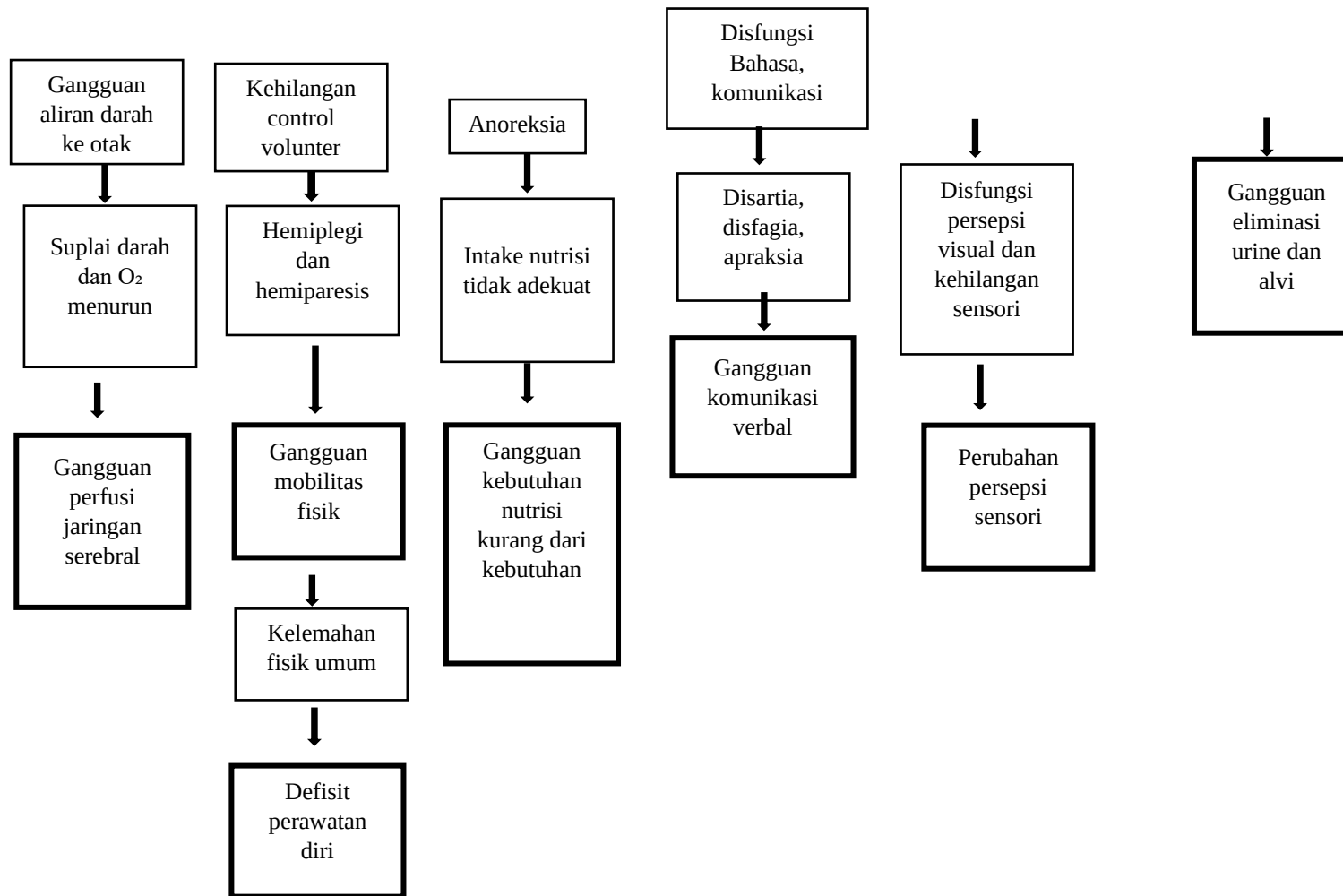
Tabel 2.2 Tingkat Kekuatan Otot

Skala	Ciri-Ciri
0	Otot sama sekali tidak mampu bergerak, berkontraksipun tidak, bila

	dilepaskan lengan dan tungkai akan jatuh, 100% pasif.
1	Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh
2	Mampu menahan <i>gravitasi</i> saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh
3	Dapat menahan tegak, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan dari pemeriksa
4	Gerakan normal penuh, menantang gravitasi dengan sedikit pertahanan (kekuatan kurang)
5	Kekuatan otot penuh

i. Pathway





Gambar 2.1 Patofisiologi

(Muttaqin A, 2008)

ii. **Uraian Patofisiologi**

Menjabarkan patofisiologi penyebab terjadinya stroke sebagai berikut; faktor-faktor penyebab terjadinya stroke yang tidak dapat diubah genetic: keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan dalam penanda aterosklerosis awal yaitu proses terjadinya timbunan lemak di bawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke, umur: lebih tua lebih mudah untuk terkena stroke iskemik dibandingkan dengan usia muda. Hal ini berkaitan dengan teori degeneratif yang menyebabkan perubahan pada struktur dan fungsi pembuluh darah, jenis kelamin: penelitian menunjukkan bahwa perempuan mengalami efek neuroprotektif sebelum menopause yang berkaitan dengan hormon estrogen dan cenderung memiliki risiko stroke yang lebih rendah antara usia 40 sampai dengan 75 tahun dibandingkan dengan laki-laki, tetapi setelah 75 tahun, perempuan mengalami sekitar 50% risiko lebih besar untuk stroke dari-pada laki-laki, sedangkan yang dapat diubah adalah hipertensi tekanan darah tinggi dapat memicu keadaan aterosklerosis yang dapat mendorong *Low Density Lipoprotein* (LDL) kolesterol untuk lebih mudah masuk dalam pembuluh darah dan menurunkan elastisitas pembuluh darah tersebut, diabetes mellitus: memberikan dampak yang tidak baik pada jaringan tubuh, menyebabkan peningkatan deposit lemak atau pembekuan di bagian dalam dinding pembuluh darah dan dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun besar termasuk pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak, kolesterol: kadar kolesterol total yang tinggi akan menyebabkan terjadinya arterosklerosis yang berperan dalam terjadinya stroke, penyakit jantung: penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik. Jenis penyakit jantung yang menjadi

faktor resiko terjadinya stroke diantaranya penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung seperti pada fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan penurunan kardiak output, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral.

Menurut (Muttaqin A, 2008), Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan *control volunter* atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan *hemiparesis* akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah deficit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL. Kelemahan control otot *fasial*/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, *disfagia/afasia*, *disartria* (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan ataupun pengecap mengakibatkan gangguan perubahan persepsi sensori.

Pada saluran pencernaan atas mengalami kesulitan menelan atau *disfagia* sehingga menimbulkan *anoreksia*. Akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan *eliminasi alvi* dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot *sfincter* sehingga menimbulkan masalah gangguan *eliminasi urine*.

iii. **Komplikasi**

Menurut Pudiastuti (2011: 167) komplikasi stroke antara lain:

a) Bekuan Darah Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

b) Dekubitus

Bagian yang bisa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit bila memar ini tidak bisa dirawat bisa menjadi infeksi.

c) Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan berkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

d) Atrofi dan kekakuan sendi

e) Disritmia

f) Peningkatan tekanan intra cranial

g) Kontraktur

h) Gagal nafas

i) Kematian

iv. Pencegahan

Pencegahan stroke stroke merupakan tindakan yang paling efektif untuk menghindari kematian, disabilitas, dan penderitaan. Orang yang pernah terkena stroke memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalaminya kembali, terutama dalam satu tahun pertama setelah stroke. Tindakan untuk mencegah agar stroke tidak berulang, sama dengan menghindari serangan jantung, yakni mempertahankan kesehatan sistem kardiovaskuler dan mempertahankan aliran darah ke otak.

Tindakan pertama yang harus dilakukan adalah mengontrol penyakit-penyakit yang berhubungan dengan terjadinya aterosklerosis. Secara umum, pengontrolan dapat dilakukan dengan menerapkan pola diet yang tepat dan olahraga yang teratur untuk mempertahankan kesehatan otak dan sistem saraf.

Faktor-faktor pencegahan stroke saling berkaitan satu sama lain dan saling mendukung mencegah stroke berulang (Sustrani, 2006).

1) Kendalikan tekanan darah

Hipertensi merupakan faktor tunggal yang paling penting dalam hal resiko stroke. Mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg dapat mengurangi resiko stroke hingga 75-85 persen. Pada pasien stroke disarankan untuk memeriksakan tekanan darah maksimal satu bulan sekali.

2) Kendalikan diabetes

Diabetes mellitus meningkatkan resiko stroke hingga 300 persen. Orang dengan tingkat gula darah yang tinggi, seringkali mengalami stroke yang lebih parah dan meninggalkan cacat yang menetap. Pengendalian diabetes adalah faktor penting untuk mengurangi faktor stroke.

3) Miliki jantung sehat

Penyakit jantung, secara signifikan meningkatkan resiko stroke. Bahkan, stroke kadangkala disebut sebagai serangan otak karena adanya persamaan biologis antara serangan jantung dan stroke. Kurangilah faktor resiko penyakit stroke seperti tekanan darah tinggi, merokok,

kolesterol tinggi, kurang olahraga, kadar gula darah tinggi, dan berat badan berlebih.

4) Kendalikan kadar kolesterol

Kadar kolesterol tinggi berperan dalam mengembangkan aterosklerosis karotid, yaitu bahan lemak tertimbun di dalam pembuluh karotid, yaitu pembuluh darah yang memasok darah ke otak. Penyempitan pembuluhpembuluh inilah yang dapat meningkatkan resiko stroke. Menurut analisa dari 16 penelitian di Brigham and Women's Hospital di Boston, bila kadar kolesterol diturunkan hingga 25 persen maka dapat mengurangi resiko stroke sampai 29 persen.

5) Berhenti merokok

Perokok memiliki resiko 60 persen lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak merokok. Merokok dapat meningkatkan resiko tekanan darah tinggi dan cenderung untuk membentuk gumpalan darah, dua faktor yang berkaitan erat dengan stroke. Berbagai resiko stroke yang terkait dengan merokok dapat ditiadakan dalam dua hingga tiga tahun setelah berhenti merokok.

v. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk memastikan jenis serangan stroke, letak sumbatan atau penyempitan pembuluh darah, letak perdarahan, serta luas jaringan otak yang mengalami kerusakan (Indarwati, Sari, & Dewi, 2008)

1) CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark (Wijaya & Putri, 2013)

2) Pemeriksaan magnetic resonance imaging (MRI)

Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik (Oktavianus, 2014). MRI mempunyai banyak keunggulan dibanding CT dalam mengevaluasi stroke, MRI lebih sensitif dalam mendeteksi infark, terutama yang berlokasi di batang otak dan serebelum (Farida & Amalia, 2009)

3) Pemeriksaan magnetic resonance angiography (MRA)

Merupakan metode non-invasif yang memperlihatkan arteri karotis dan sirkulasi serebral serta dapat menunjukkan adanya oklusi (Hartono, 2010)

4) Pemeriksaan ultrasonografi karotis dan dopler transkraniyal

Mengukur aliran darah serebral dan mendeteksi penurunan aliran darah stenosis di dalam arteri karotis dan arteri vertebralis selain menunjukkan luasnya sirkulasi kolateral. Kedua pemeriksaan ini dapat digunakan untuk mengkaji perkembangan penyakit vaskular dan mengevaluasi efek terapi yang ditimbulkan pada vasospasme, seperti yang terjadi pada perdarahan subaraknoid. Angiografi serebral merupakan prosedur invasif yang menggunakan media kontras untuk menunjukkan pembuluh darah serebral, kepatenan, dan lokasi stenosis, oklusi atau aneurisma. Pemeriksaan aliran darah serebral membantu menentukan derajat vasospasme (Hartono, 2010).

5) Pemeriksaan lumbal fungsi

Pemeriksaan fungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan (Oktavianus, 2014). Tekanan normal biasanya ada trombosis, emboli dan TIA, sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intrakranial (Wijaya & Putri, 2013).

6) Pemeriksaan EKG

Dapat membantu mengidentifikasi penyebab kardial jika stroke emboli dicurigai terjadi (Hartono, 2010)

7) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan elektrolit, fungsi ginjal, kadar glukosa, lipid, kolesterol, dan trigliserida dilakukan untuk membantu menegakan diagnose(Hartono, 2010).

8) EEG (Electro Encephalografi)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik (Wijaya & Putri, 2014)

9) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obtruksi arteri, oklusi/ruptur (Wijaya & Putri, 2013)

10) Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang

berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid (Wijaya & Putri, 2013).

11) Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas (Doengoes, 2000) (Wijaya & Putri, 2013).

vi. **Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan terapi pada pasien strokie iskemik :

- a. Terapi Non Farmakologi.
- b. Terapi relaksasi (Terapi Musik Alfa)
- c. Posisikan semi fowler
- d. Cek jalan napas jika ada sumbatan bebaskan terlebih dahulu. Apabila jalan napas belum adekuat pasang selang oksigen dan berikan oksigen 1-2 liter/menit.
- e. Kosongkan kandung kemih dengan kateter jika perlu
- f. Jika pasien tidak mengalami gangguan menelan pasien bisa diberikan nutrisi peroral, tetapi jika terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran sebaiknya memasang NGT mobilisasi dan rehabilitasi dini jika terdapat kontra indikasi.
- g. Terapi cairan Terapi cairan ini penting karena untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Cairan cukup yaitu 6-8 gelas/hari,

kecuali pada keadaan edema dan asites, cairan dibatasi. Pada umumnya kebutuhan cairan 30ml/kgBB/hari (parenteral maupun enteral).

- h. Terapi oksigen Kontrol tekanan intra cranial
- i. Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- j. Mempertahankan rentang gerak sendi (ROM) Menurut Smeltzer dan Bare (2007), penatalaksanaan fase rehabilitasi pada stroke meliputi pemberian posisi, posisi tidur yang tepat, posisi tangan dan jari dan mengubah posisi.

k. Terapi obat-obatan:

Menurut Tarwoto (2013), terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke yaitu stroke iskemia dan stroke hemoragik.

- 3) Pemberian obat trombolisis.
- 4) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoxin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada hipertensi.
- 5) Trombolitik (Streptokinase)
- 6) Obat anti hipertensi
- 7) Antiplatelet atau antitrombolitik (Acetylsalicylic acid dan Ticlopidin)
- 8) Antikoagulan (Heparin)

b. Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami baik aktual maupun potensial. Proses keperawatan digunakan oleh perawat sebagai kerangka pikir untuk mengidentifikasi respon pasien terhadap masalah

kesehatan dan membantu pasien dalam mencapai tingkat kesehatan, kesejahteraan dan adaptasi yang maksimal terhadap gaya hidup (Manurung, 2011).

2.2.1 Pengkajian Data

Pengkajian Data adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya, sehingga dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang dialami pasien. Data pengkajian ini dapat diperoleh secara langsung dari pasien maupun keluarga, catatan perkembangan, catatan medis dan sumber lainnya.

1) Pengumpulan Data

a) Identitas pasien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama suku/bangsa alamat, tanggal dan jam MRS dan diagnosa medis (Tarwoto, 2013).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013).

b) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak lain. (Tarwoto, 2013).

c) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Tarwoto, 2013).

d) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi atau diabetes mellitus (Tarwoto, 2013).

e) Pola-pola fungsi kesehatan

- 1) Pola pemenuhan nutrisi Biasanya ada Riwayat perokok, penggunaan alcohol, penggunaan obat kontrasepsi oral (Muttaqin, 2008).

- 2) Pola eliminasi Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Dongoes, 2000)
- 3) Pola aktivitas dan latihan Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan kehilangan sensoria tau paralise atau hemiplegi, mudah Lelah. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang (Tarwoto, 2013).
- 4) Pola tidur dan istirahat Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Tarwoto, 2013).
- 5) Pola hubungan dan peran Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. (Doenges, 2000).
- 6) Pola persepsi dan konsep diri Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif. (Doenges, 2000).
- 7) Pola sensori dan kognitif
Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Tarwoto, 2013).
- 8) Pola reproduksi seksual
Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin. (Doenges, 2000).

- 9) Pola mekanisme koping Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. (Doenges, 2000).
- 10) Pola tata nilai dan kepercayaan Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. (Doenges, 2000).
- 11) Riwayat psikososial Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, pasien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

f) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan pada pasien stroke yaitu:

i. Keadaan umum

Biasanya klien stroke mengalami badan lemas (letarge), nyeri kepala (cephalgia), penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti,

kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).

Suara bicara : kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara.

Tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

ii. Tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

iii. Pemeriksaan integumen

1. Kulit :

Menurut (Mahyar, 2010) pemeriksaan pada kulit dilihat dari warna kulit apakah pucat atau sianosis, peningkatan suhu tubuh diatas normal, turgor kulit cenderung normal kembali <2detik.

2. Kuku :

Pemeriksaan kuku perlu dilihat kondisi, warna, tekstur, kelembaban, terdapat edema atau tidak, terdapat clubbing finger dan sianosis atau tidak, CRT cenderung normal kembali <2detik. (Mahyar, 2010)

3. Kepala :

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial)

atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi (Tarwoto, 2013).

4. Rambut

Penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala (Tarwoto, 2013).

5. Mata:

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan lobus temporal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit (Tarwoto, 2013).

6. Muka:

Umumnya pada muka tidak simetris ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis (Tarwoto, 2013).

7. Hidung

Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas nyeri pada hidung (Muttaqin,2008)

8. Mulut dan faring

Kelumpuhan pada wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparise*) atau *hemiplegia (paralisis)* yang timbul secara mendadak. mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf. *Disfagia* atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan *glottis* menutup, kemudian makanan masuk ke *esophagus*. (Tarwoto,2013)

9. Leher

Kaku kuduk jarang terjadi (Muttaqin, 2008).

iv. Pemeriksaan Dada/Thorax

Pemeriksaan dada/thorax pada pasien stroke meliputi:

1) Pemeriksaan sistem pernafasan

Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung),Pemeriksaan dada frekuensi pernapasan (Doenges & Marilyn, 2000).

2) Pemeriksaan jantung

Pada jantung untuk mengetahui suara jantung,

normalnya adalah pekak, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung (Doenges & Marilynn, 2000)

v. Pemeriksaan abdomen

Ada pernafasan perut (pernafasan diafragma), suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung. Adanya inkontinensia alvi atau tidak yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Doenges & Marilynn, 2000).

vi. Pemeriksaan genetalia, anus

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine (Doenges & Marilynn, 2000)

vii. Pemeriksaan ekstermitas Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

viii. Pemeriksaan neurologi

Pengkajian saraf otak Ada 12 saraf kranial (Mutaqin, 2008) yang dapat diidentifikasi dengan angka romawi. Fungsi dari masing-masing saraf kranial dapat sebagai sensorik, motorik atau keduanya dan dapat juga sebagai sensorik, motorik atau keduanya dapat juga sebagai otonom.

2 Saraf Kranial 1 Olfaktorius: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

3 Saraf Kranial 2 Optikus: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat

dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.

- 4 Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.
- 5 Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- 6 Nervus 5 Trigemini: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau sic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigemini.
- 7 Nervus 6 Abduksen: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.

- 8 Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- 9 Nervus 8. Vestibularis: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- 10 Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 vagus
Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringikus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradanya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian.
- 11 Nervus 10 vagus Gangguan, nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.
- 12 Nervus 11 Asesorius: Gangguan pada nervus asesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral.

Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapezine dan otot sterokleidomastoideus terganggu.

- 13 Nervus 12 Hipoglosus: Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nnervus hipoglosus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat dijulurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam

ix. Tes diagnostic (Tarwoto, 2013)

1. MRI (Magnetic Resonance Imaging): menunjukkan daerah yang infark dan hemoragik. CT scan (Computerized Tomografi Scaning): mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak
2. EEG (Elektro Encephalografi): mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

3. Angiografi Serebral mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau reptur
4. ECG (Elektro Kardiogram): mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke
5. Pemeriksaan darah lengkap: Hb, leukosit, trombosit, LED, dan eritrosit
6. Lubl punksi

1.4.3 Analisa Data

Menurut Setiawan (2012), Analisis data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien.

1.4.4 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI,2017).

Diagnosa keperawatan menurut (SDKI, 2017) pada stroke diantaranya sebagai berikut :

- 1) Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif (D.0017)

Penyebab :

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c) Hipertensi
- d) Peningkatan Tekanan Darah
- e) Kekurangan volume cairan
- f) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- g) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup, monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilisasi)
- h) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis diabetes melitus, hiperlipidemia)

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Pengisian Kapiler < 3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)	1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial < 0,90 4. Bruit femoral

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Gangguan muskulusekeletal
- b) Gangguan neuromaskular
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi minat

Tabel 2.5 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi / mengenakanpakaian / makan/ ke toilet / berhiassecara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Tabel 2.6 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Definisi : Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
 - b) Ketidakmampuan mencerna makanan
 - c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
 - d) Faktor ekonomi
 - e) Faktor psikologis
- 4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

Definisi : penurunan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromaskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskulusekelestial
- e) Disatria
- f) Kelainan platum
- g) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotirooidektomi)
- h) Hambatan individu (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- i) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- j) Hambatan lingkungan (ketidak cukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Tidak mampu berbicara ataumendengar
	Menunjukkan respon tidak sesuai

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disatria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan,penciuman, atau pengecapan	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
-----------	----------

1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri
	2. Melamun
	3. Konsentrasi buruk
	4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
	5. Curiga
	6. Melihat ke satu arah
	7. Mondar mandir
	8. Bicara sendiri

6) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)Penyebab :

- a) Iritasi kandung kemih
- b) Penurunan kemampuan menyadari tanda –tanda gangguan
- c) Efek tindakan medis dan diagnostic
- d) Kelemahan otot pelvis
- e) Ketidakmampuan mengakses toilet
- f) Hambatan lingkungan
- g) Ketidakmampuan mengakses toilet
- h) Hambatan lingkungan
- i) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- j) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- k) Imaturitas

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih	1. Distensi kandung kemih
2. Urine menetes	2. Berkemih tidak tuntas
3. Sering buang air kecil	3. Volume residu urin meningkat
4. Nokturia	
5. Mengompol	
6. Enuresis	

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri

- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik kecemasan
- r) Gangguan kognitif
- s) Keengganan melakukan pergerakan
- t) Gangguan sensori persepsi

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang Gerak (ROM) menurun

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku
2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Mersa cemas saat bergerak	3. Gerakan terbatas
	4. Fisik lemah

1.4.5 Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2019). Menurut Standar Intervensi Indonesia (2013), intervensi dari diagnose CVA diatas adalah : intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013)

Tabel 2.13 Diagnosa dan Intervensi SDKI, SLKI, dan SIKI

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Gangguan perfusi jaringan Perifer berhubungan dengan hipertensi (D.0017)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali normal dengan kriteria hasil : 1) Klien tidak gelisah 2) Tidak ada keluhan nyerikepala, mual, dan kejang 3) GCS 4,5,6 4) Pupil isokor 5) Reflek cahaya (+) TTV normal	Observasi : 1) Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2) Monitor perubahan kulit 3) Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu) Terapeutik : 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya(terlalu panas atau dingin) Edukasi : 7) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolestrol 8) Anjurkan minum obat pengontroltekanan darah secara rutin	1) Untuk mengetahui penyebab perubahan sensasi 2) Untuk mengetahui perubahan kulit 3) Untuk mengetahui sirkulasi perififer (mis.nadi perifer, edema, pengisiankapiler) 4) Untuk mencegah terjadinya infeksi 5) Supaya tekanan darah stabil 6) Supaya kolestrol stabil denganpemberiaan obat

2. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan diri Kriteria hasil: 1) Klien menunjukan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri 2) klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik : 4) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsistensi sesuai kemampuan
---	---	---

3. Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil : 1) Intake makanan adekuat 2) Anemis tidak ada 3) Berat badan ideal 4) Tanda tanda vital normal 5) Hb dan tanda albumin normal 6) Lingkar pasien normal	Observasi : 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3) Monitor berat badan 4) Identifikasi makanan yang disukai Terapeutik : 5) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7) Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori Edukasi : 8) Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
---	---	---

4. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbal Kriteria hasil: Keluarga mengungkapkan pelayang di alami klien berkurang. Klien berkomunikasi dengan jelas. Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.	Observasi : 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa) 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 4) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan dan komputer) 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien 6) Berikan dukungan psikologis Edukasi : 7) Anjurkan bicaraperlahan Kolaborasi : 8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
---	--	---

5. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu memethankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan	Observasi : 1) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan 3) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala Terapeutik : 4) Pertahankan lingkungan yang aman 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi 6) Jadwalkan aktivitas dan jadwal hari ini 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 9) Ajarkan cara
---	--	---

			meminimalisasi stimulus Kolaborasi : 10) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 11) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus 12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
6.	Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan klien mampu BAK dengan normal dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) 4) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 5) Batasi asupan cairan, jika perlu Edukasi :

			6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih 8) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi : 9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. Bertambahnya kekuatan otot Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan Mobilisasi Terapeutik : 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 7) Jelaskan tujuan dan

prosedur mobilisasi

8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

9) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)

2.2.5 Implementasi

Langkah ke empat dalam proses keperawatan dimulai setelah melakukan rencana keperawatan atau intervensi, dengan rencana keperawatan yang relevan dan jelas implementasi keperawatan dapat membantu pasien mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan serta dibutuhkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien (potter, et.al., 2020). Implementasi keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2019). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 (Rofifah, 2019), yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.26 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan pasien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya (Padila, 2012). Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terancang tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan

tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Setiadi,2019).

Hasil yang diharapkan pada evaluasi pasien stroke iskemik meliputi:

- 1) Mencapai peningkatan mobilisasi
 1. Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur dan footdrop
 2. Berpartisipasi dalam program latihan
 3. Mencapai keseimbangan saat duduk
 4. Penggunaan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegia
- 2) Dapat merawat diri dalam bentuk perawatan kebersihan dan menggunakan adaptasi terhadap alat-alat
- 3) Pembuangan isi kandung kemih dapat diatur
- 4) Berpartisipasi dalam program meningkatkan kognisi
- 5) Adanya peningkatan komunikasi
 - 2 Anggota keluarga memperlihatkan tingkah laku yang positif dan menggunakan mekanisme koping
 - 3 Tidak terjadi komplikasi
- 6) Tekanan darah dan kecepatan jantung dalam batas normal untuk pasien
- 7) Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP, yaitu:

S: Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O Data obyektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan

dengan diagnose keperawatan

A: Analisis dan diagnose

P: Perencanaan merupakan pengembangan rencana untuk yang akan datang dari intervensi.

2.2.7 Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien.