

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Infark

2.1.1 Definisi

Stroke menurut *WHO (World Health Organisation)* merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa *defisit neurologik* fokal dan global, yang dapat berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan bisa dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (Kemenkes, 2018). Stroke menurut (Sayoga, 2013) merupakan berbagai gejala gangguan fungsi neurologis otak yang terjadi secara mendadak.

Stroke *Infark* adalah gangguan pada system otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan fungsi neurologis lainnya yang terjadi lebih dari 24 jam (Hariyanto, 2015). Stroke *Infark* merupakan suatu keadaan ketika aliran darah terhambat pada bagian otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena ada pengaruh psikologis disebabkan oleh *thrombus* maupun pada *emboli* bagian pembuluh darah di otak (Batticaca Fransisca, 2008).

Berdasarkan definisi Stroke Infark diatas dapat disimpulkan bahwa Stroke *Infark* merupakan sebuah kondisi gangguan fungsi otak pada otak yang disebabkan oleh penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang disebabkan karena adanya *thrombus* dan *emboli* yang pada umumnya terjadi serangan secara mendadak pada saat atau setelah

bangun tidur yang dapat mengakibatkan kematian karena penyumbatan pembuluh.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi stroke menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015) dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Stroke Hemoragik

Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada *subarachnoid* dan intrasebra, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun (Haryanto, A & Sulistyowati 2015). Stroke Hemoragik juga terdapat dua jenis yaitu :

a) Stroke Hemoragik *Intraserebral*

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel – sel otak mati, sehingga berdampak pada kerja otak. Penyebab seringnya adalah hipertensi.

b) Stroke Hemoragik *Subarachnoid*

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor di antara otak dan tulang tengkorak.

2) Stroke Infark

Stroke yang disebabkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah otak. Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi karena dinding

bagian dalam pembuluh darah (arteri) menebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar dan tertahan (Wisnu Arya wardhana, 2016) .

Ada dua jenis stroke infark yaitu:

a) Stroke Infark *Emboli*

Merupakan stroke yang terjadi karena adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang tersangkut menuju otak.

b) Stroke *Infark Trombotik*

Merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak.

Stroke berdasarkan perjalanan penyakitnya dibagi menjadi dua yaitu, TIA (*Transien Iskemik Attack*) dan Stroke *Involusi* (Awan Haryanto & Sulistyowati 2015).

3) TIA (*Transien Iskemik Attack*)

Serangan sepiintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam.

4) Stroke *Involusi*

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan, lama – kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Mutaqin, 2008) penyebab dari Stroke *Infark* adalah :

1) *Trombosis Serebral*

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan *oedema* dan kongesti di sekitarnya. *Trombosis* biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebral. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah *thrombosis*. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan *thrombosis* otak:

a) *Arteriosklerosis*

Arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) *Hyperkoagulasi*

Darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan *viskositas* atau *hematokrit* meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah cerebral.

c) *Arteritis (radang pada arteri)*

Arteritis adalah kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri-arteri terbesar pada tubuh dan cabang- cabang utamanya (aorta) yang menghantarkan darah kaya akan oksigen dari jantung keseluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan

menyempitnya atau pelebaran abnormal dari arteri-arteri tersebut, sehingga menyebabkan hilangnya nadi di lengan, tungkai, dan daerahdaerah lainnya.

2) Hemoragi pendarahan *intracranial* termasuk peredaran ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri, perdarahan ini terjadi karena *ateroklerosis* hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan pembesaran darah ke dalam parenkim otak yang mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, mengakibatkan terjadinya pembengkakan pada otak dan jaringan otak, sehingga akan terjadi *infrak* otak, oedema, dan herniasi otak.

3) Hipoksia umum.

Penyebab hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung, paru dan curah jantung yang turun akibat aritmia.

4) Hipoksia setempat.

Penyebab hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan *subaraknoid* dan *vasokonstriksi* arteri plak yang disertai dengan sakit kepala ringan.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Oktavianus, 2014) manifestasi klinis stroke tanda dan gejala yang sering muncul yaitu:

1) *TIA (Tansient Ischemick Attack)*

Timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, memperberat atau menetap.

2) *RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit)*

Gejala timbul lebih dari 24 jam

3) *Progressing stroke atau stroke evolution*

Gejala makin lama makin berat (progressif) disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat.

4) Sudah menetap atau permanen

Menurut (Tarwoto, 2013) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi mana yang terkena, rata – rata serangan, ukuran lesi dan adanya *sirkulasi kolateral*. Berikut gejala klinis Stroke Infark:

a) Kelumpuhan wajah atau anggota wajah sebelah (*hemiparesis*)

atau hemiplegia (*paralysis*) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat *kontralateral* artinya jika terjadi kerusakan pada *hemisfer* kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot velunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan *ekstensi* maupun *fleksi*.

b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

c) Penurunan Kesadaran (*Konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma*)

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

d) *Afasia* (Kesulitan dalam berbicara)

Afasia merupakan defisit pada kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis 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. Pembagian afasia ada 3 bagian yaitu:

(1) *Afasia* motorik sensorik

Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area *broca*, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan lewat bicara.

(2) *Afasia* Sensorik

Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area *wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran, tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung (*koheren*).

(3) *Afasia* Global

Afasia ini terjadi akibat kerusakan yang luas pada otak, sehingga afasia jenis ini merupakan afasia paling berat. Pada afasia global pasien akan kesulitan, bahkan tidak mampu membaca, menulis, serta memahami perkataan orang lain.

e) *Disartia* (Bicara cedal atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. *Disartia* terjadi karena kerusakan *nervus kranial* sehingga terjadi kelemahan dari otot, bibir, lidah dan faring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

f) Gangguan penghilatan, *diplopia*

Kehilangan penglihatan atau juga pandangan pasien menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada *lobus temporal* dan parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks *oksipital*. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

g) *Disfagia*

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan *nervus kranial IX*. Selama menelan bolus di dorong oleh lidah dan *glotis* menutup kemudian makanan masuk ke *esofagus*.

h) *Inkontinensia*

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensyarafi *bladder* dan *bowel*.

i) *Vertigo*, mual, muntah dan nyeri kepala

Hal ini terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial, edema.

j) Gangguan Persepsi

Gangguan persepsi merupakan ketidakmampuan menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual special dan kehilangan persepsi sensori.

a) Gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual.

Hominus heminopsia (kehilangan setengah lapang pandang) dapat terjadi karena stroke dan mungkin sementara atau permanen. Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala pasien berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengakibatkan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut. Hal ini disebut amorfosintesis. Pada keadaan ini, pasien tidak mampu melihat makanan pada setengah dan hanya setengah ruangan yang terlihat.

b) Gangguan hubungan visual spesial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spesial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplegi kiri. Pasien mungkin tidak dapat

memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian kebagian tubuh.

- c) Kehilangan sensori karena stroke berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat dengan kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam mengidentifikasi stimulus visual, taktil, dan auditorius.

Tabel 2.1 (Skala Kekuatan Otot)

Skala	Ciri-ciri
0	Otot tidak mampu bergerak sama sekali, tidak dapat berkontraksi, lengan dan tungkai akan jatuh bila dilepaskan, 100% pasif.
1	Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh.
2	Mampu menahan gravitasi saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh.
3	Dapat menahan gerak, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan dari pemeriksa.
4	Gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan sedikit penahanan (kekuatan kurang).
5	Kekuatan otot penuh.

2.1.5 Faktor Resiko

Faktor resiko yang dapat menyebabkan Stroke *Infark* antara lain:

- 1) Tekanan darah tinggi atau *hipertensi* merupakan faktor resiko yang sering terjadinya stroke. Sekitar 50%-70% kasus stroke disebabkan karena hipertensi. Penurunan *diastole* 5-6 MmHg dan *systole* 10-12 MmHg selama 2-3 tahun akan menurunkan resiko stroke antara 4,5-7% dalam (Tarwoto, 2013). Pasien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, *arterosklerosis* atau arteri dapat pecah atau ruftur (Tarwoto, 2013).
- 2) Penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat

- terjadinya stroke *infark* (Tarwoto, 2013). Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko stroke seperti adanya kerusakan coroner jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung, kelainan katup jantung, yang mengarah pada penurunan cardiac output, peningkatan kerja jantung, dan penurunan perfusi serebral (Hariyanto, 2015).
- 3) Diabetes Melitus terjadi gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena diperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatan dalam aliran darah ke otak (Tarwoto, 2013). Tinggi kadar gula dalam darah juga dapat mengakibatkan hambatan aliran darah ke otak (Hariyanto, 2015).
 - 4) *Hiperkolesterol* dan Lemak Kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Disamping itu *hiperkolesteroles* dapat menimbulkan penyakit jantung coroner. Penelitian menunjukkan angka stroke meingkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg %. Setiap kenaikan 38,7 mg % akan menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL 1 mmol (38,7 mg %) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47 %. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke, pemberian obat-obat anti kolesterol jenis statin sangat menurunkan terjadinya stroke (Tarwoto, 2013).
 - 5) Obesitas dan kurang beraktivitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolesterol, hipertensi dan penyakit jantung (Tarwoto,

2013).

- 6) Usia semakin bertambah usia , risiko stroke semakin tinggi karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah (Hariyanto, 2015).

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi saat terjadinya Stroke menurut (Tarwoto, 2013) yaitu :

1) Fase akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak.

Pada area otak infrak atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK).

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik,

sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut :

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti *peunomonia*, *dekubitus*, *kontraktur*, *thrombosis vena* dalam, *atropi*, *inkontinensia*, *urin* dan *bowel*.

b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.

c) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster.

d) Malnutrisi, karena intake yang adekuat.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan Stroke adalah sebagai berikut (Hariyanto, 2015) :

1) *MRI (Magnetig Resonance Imaging)* : menunjukkan daerah yang mengalami infrak atau hemoragik.

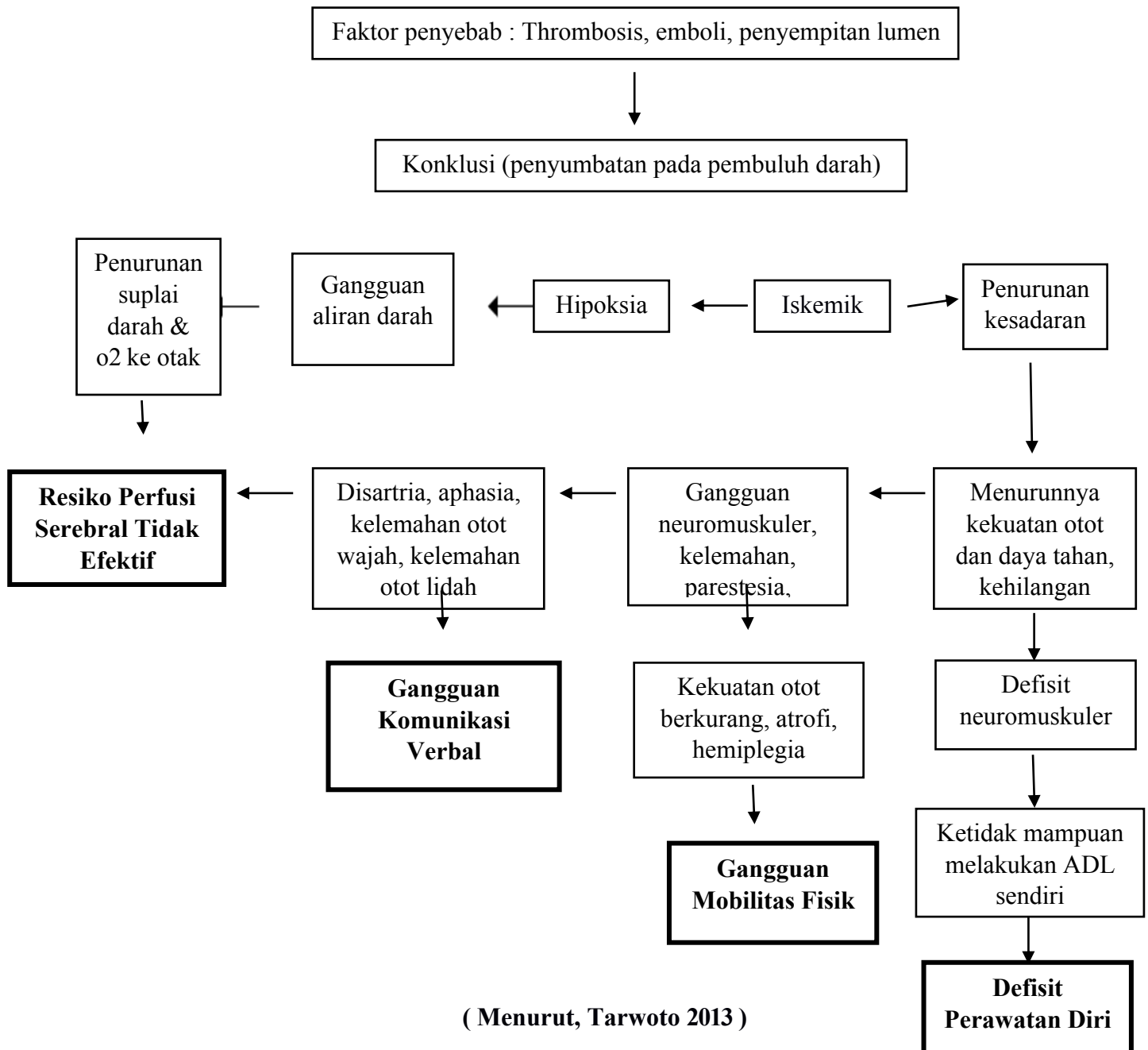
2) *CT Scan (Computerized Tomografi Scaning)* : mengetahui area infrak, edema, hematoma, dan struktur otak.

- 3) *EEG (Elektro Encephalografi)* : mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 4) *Angiografi Serebral* : mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau replete.
- 5) *ECG (Elektro Kardiogram)* : mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap : Hb, Leukosit, Trombosit, LED, dan Eritrosit.
- 7) Pemeriksaan darah sewaktu.
- 8) Kolesterol, lipid.
- 9) Asam urat, elektrolit.

2.1.8 Patofisiologi

1) Skema

Patofisiologi Stroke Infark



Gambar 2.1 Patofisiologi Stroke Infark

2) Uraian

Faktor penyebab terjadinya Stroke Infark akibat adanya suplay darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan oleh thrombosis (pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri), Emboli (benda asing yang berada di pembuluh darah), dan penyempitan lumen arteri. Hal tersebut bisa menyebabkan penyumbatan atau konklusi yang mengakibatkan terganggunya aliran darah ke otak. Hambatan aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen atau hipoksia kemudian menjadi infark lalu terjadi gangguan aliran darah yang menyebabkan terjadinya edema serebral serta perdarahan yang menyebabkan resiko perfusi serebral tidak efektif. Hipoksia dapat juga menyebabkan penurunan kesadaran pada pasien yang mengakibatkan defisit neuromuskuler ditandai dengan menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol sehingga pasien mengalami ketidakmampuan melakukan *ADL* sehingga menyebabkan defisit perawatan diri. Defisit neuromuskular bisa juga menyebabkan gangguan neuronmuskuler, kelemahan, parestesia dan paralisis yang ditandai kekuatan otot berkurang, atrofi, hemiplegia sehingga terjadi gangguan mobilitas fisik. Selain itu, gangguan neuronmuskuler, kelemahan, parestesia dan paralisis bisa menyebabkan disatria, apasia, kelemahan otot wajah dan mengakibatkan gangguan komunikasi verbal.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien Stroke menurut (Tarwoto, 2013), yaitu:

1) Penatalaksanaan umum

a) Pada fase akut (*Golden Period* selama 3 jam)

- (1) Terapi cairan, pada fase akut stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami *disfagia*. Terapi cairan dapat mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah
- (2) Terapi oksigen, pasien stroke infark dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak, sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisis gas darah atau oksimetri.
- (3) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial dengan pemberian manito, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- (4) Monitor fungsi pernapasan : Analisa gas darah
- (5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan *EKG*, evaluasi status cairan dan elektrolit.
- (6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan

- (8) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antokoagulan
- (9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflek

b) Fase rehabilitasi

- (1) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- (2) Program manajemen bladder dan bowel
- (3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- (4) Pertahankan integritas kulit
- (5) Pertahankan komunikasi yang efektif
- (6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- (7) Persiapan pasien pulang

c) Fase rehabilitasi pasca stroke

(1) Terapi fisik

Terapi fisik, dilakukan untuk mengembalikan fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi, seperti kelumpuhan, kontraktur, atropi dan kehilangan tonus otot. Pasien dapat dilakukan latihan atau aktivitas di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi atau dengan melakukan *Range Of Motion*. Terapi fisik dilakukan dengan melihat kondisi dan tingkat stabilisasi pasien.

(2) Okupulasi terapi

Pasien dengan stroke dapat mengalami gejala sisa seperti kelumpuhan yang menetap. Dengan gangguan fungsi tubuh maka terganggu aktivitasnya dan dapat kehilangan pekerjaan. Oleh karena itu terapi kerja atau okupasional terpaai sangna dibutuhkan untuk manggali potensi pasien dan melatih susuai dengan kondisi pasien.

(3) Speech terapi

Terapi ini sangat dibutuhkan untuk mengingat bicara dan komunikasi merupakan modal interaksi sosial. Kesulitan dalam berkomunikasi akan menimbulkan isolasi diri dan perasaan frustasi. Klien dengan stroke dapat mengalami gangguan bicara, baik disatria maupun apasi sehingga latihan bicara sangat perlu dilakukan.

(4) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan *ventrikulo-peritonal* bila ada *hidrosefalus obstruktif* akut.

(5) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke :

(a) Stroke *Infark*

1. Pemberian *trombolisis* dengan *rt-PA (recombinant tissue-plasminogen)*.

2. Pemberian obat-obatan jantung seperti *digoksin* pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

(b) Stroke hemoragik

1. Antihipertensi : kaptopril dan antagonis kalsium
2. *Diuretik* : manitol 20% dan furosemide
3. *Antikonvulsan* : fenitoin

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke

Proses keperawatan merupakan teori, ilmu, dan konsep keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi hasil dan intervensi.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai dengan kejadian atau kenyataan kebenaran dalam data ini sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan juga digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan respon masing-masing individu yang kemudian telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan (Zebua, 2021).

1) Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi tentang status kesehatan pasien yang menyeluruh mengenai fisik, psikologis, sosial budaya, spiritual, kognitif, tingkat perkembangan, status ekonomi, kemampuan fungsi dan daya hidup pasien.

a) Identifikasi klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, Pendidikan terakhir, alamat, pekerjaan, alamat, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, tanggal dan jam pengkajian, status perkawinan, nomor register, diagnose medis (Tarwoto, 2013).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan 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 infrak biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri

kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan setengah badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2013).

c) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti *koagulan*, *aspirin*, *vasodilator*, *obat-obat adiktif*, 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 ataupun diabetes melitus (Tarwoto, 2013).

3) Pola aktivitas sehari-hari

a) Pola pemenuhan nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut. (Muttaqin, 2008)

b) Sistem eliminasi

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi (Tarwoto, 2013)

c) Pola aktivitas dan latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori/paralise atau hemiplegia, mudah lelah

(Getudris, 2019).

d) Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan *hemiplegi* dan *hemiparase* akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan disibin dan *oral hygiene* (Tarwoto, 2013).

e) Tidur dan istirahat

Biasanya klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat dikarenakan nyeri/kejang otot (Getudris, 2019).

f) Pola Hubungan Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Dongoes, 2000).

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Dongoes, 2000).

h) Pola Sensori dan Kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau keaburan pandangan, perabaan atau sentuhann menurun pada muka esktremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

i) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan

stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi dan antogonis histamine.

4) Riwayat psikososial dan spiritual

a) Konsep diri

(1) Gambaran diri

Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan.

(2) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien, dan koma merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari *composmentis*, *apatis*, *latergi*, *delirium*, *sumnolen* dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata (1- 4), respon verbal (1-5), respon motorik (1- 6) (Tarwoto, 2013).

(3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya.

(4) Harga diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Dongoes E & Marilyn, 2000).

(5) Peran diri

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan

bicara (Dongoes E & Marilyn, 2000).

(6) Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.

(7) Pola hubungan dan peran dengan orang lain

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Dongoes & Marilyn, 2000).

(8) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Doenges & Marilyn, 2000).

(9) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses pikir (Dongoes E & Marilyn, 2000).

(10) Memori

Klien stroke biasanya mengalami gangguan memori jangka pendek dan panjang seperti ketidakmampuan untuk berpikir atau mengingat secara jelas, kesulitan mengenali wajah orang yang dikenal (Nita Crighton, 2024).

(11) Pola Interaksi dan Komunikasi

Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan *disatria* (pelo. cedal), *disfonia* (serak, bindeng), *afasia* (gangguan berbahasa), *aleksia* (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya (Tarwoto, 2013).

(12) Pola orientasi

Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hari apa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang? (Tarwoto,2013).

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Umum : Biasanya klien stroke mengalami badan lemah (*letarge*), nyeri kepala (*cheplgia*), penurunan kesadaran (*apatis*, *samnolen*, *delirium*, *sopor* / *semikoma*, *koma*). Terjadi peningkatan tekanan darah sekitar (20 – 30 mmHg), peningkatan suhu (>37°C), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa (Tarwoto, 2013).

b) Tanda – Tanda Vital : Tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya

masalah bersihan jalan nafas pada sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh (Tarwoto, 2013).

- (1) Kepala : Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, *alopesia*, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma, yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Muttaqin, 2008).
- (2) Wajah : Terdapat *hemiparesis / hemiplegia*, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan (Muttaqin, 2008).
- (3) Mata : Biasanya *konjungtiva* pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor 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).
- (4) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.
- (5) Telinga : Biasanya daun pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga) (Tarwoto, 2013).
- (6) Mulut dan Faring

Biasanya mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf Trigemini (Saraf V), gangguan saraf IX, dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut terdapat *sianosis* akibat penurunan oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, *disartia*, *afasia* (Tarwoto, 2013).

6) Pemeriksaan Leher

Jarang terjadi kaku kuduk, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran tyroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis raba adanya pembesaran kelenjar *tyroid* (Tarwoto, 2013).

7) Pemeriksaan Dada/Thorax

a) Paru – Paru

Bentuk *thoraks* biasanya normal atau adalah kelainan seperti *pigeon chest* (bentuk dada burung), *funnel chest* (bentuk dada cekung), *barrel chest* (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah *bronchial*, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah *bronkovesikuler*, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar *ronchi*, *wheezing* ataupun suara

nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Muttaqin, 2008).

b) Jantung

Suara jantung pada pasien biasanya normal (pekak). Biasanya ictus cordis teraba, suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi "lub", suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi "dub" dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung (Tarwoto, 2013).

8) Abdomen

Biasanya perut datar, terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan (Tarwoto, 2013).

9) Pemeriksaan Integumen

Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu (Tarwoto, 2013).

10) Pemeriksaan Ekstremitas

Pada pasien stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisis atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).

11) Pemeriksaan genitalia

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine,

adanya luka maupun nyeri (Dongoes E & Marilyn, 2000).

12) Pemeriksaan Neurologi

a) Refleks

Pada pemeriksaan refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflek fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Muttaqin, 2008) .

13) Pemeriksaan Neurologi

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

b) Saraf Kranial 2 Optikus: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.

c) Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

d) Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.

e) Nervus 5 Trigeminus: Untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau ticdouloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.

- f) Nervus 6 Abdusen: Kelainan pada paralisis nervus abducent menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi 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.
- g) 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).
- h) Nervus 8 Vestibularis: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- i) Nervus 9 Glossofarinkus dan nervus 10 vagus : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofarinkus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. 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.
- j) 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 *trapezius* dan otot *sterokleidomastoideus* terganggu.

- k) 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 mulut.

14) Tes Diagnostik

- a) Hasil rontgen kepala dan medulla
- b) *Electro encephalografi*
- c) Lumbal pungsi
- d) *Computerized Tomografi Scanning (CT-Scan)*
- e) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*
- f) Pemeriksaan Laboratorium darah.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Menurut (SDKI, 2017) adapun diagnose stroke *infark* yang mungkin muncul adalah :

1) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017).

a) Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

b) Faktor risiko

- (1) Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- (2) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- (3) Aterosklerosis aorta
- (4) Diseksi arteri
- (5) Fibrilasi atrium
- (6) Tumor otak
- (7) Stenosis karotis
- (8) Miksoma atrium
- (9) Aneurisma serebri
- (10) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulasi intravaskuler diseminata
- (13) Embolisme
- (14) Cedera kepala

- (15) Hipertensi
- (16) Hiperkolesteronemia
- (17) Endokarditis infektif
- (18) Katup prostetik mekanis
- (19) Stenosis mitral
- (20) Neoplasma otak
- (21) Infark miokard akut
- (22) Sindrom *sick sinus*
- (23) Penyalahgunaan zat
- (24) Terapi trombolitik
- (25) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*)

c) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke
- (2) Embolisme
- (3) Hipertensi

2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

a) Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Penyebab

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidakbugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot

- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi
- (9) Kontraktur
- (10) Malnutrisi
- (11) Gangguan muskuloskeletal
- (12) Gangguan neuromuskular
- (13) Indeks masa tubuh diatas prsentil ke-75 sesuai usia
- (14) Efek agen farmakologis
- (15) Program pembatasan gerak
- (16) Nyeri
- (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- (18) Kecemasan
- (19) Gangguan kognitif
- (20) Keengganan melakukan pergerakan
- (21) Gangguan sensori persepsi

c) Batasan Karakteristik

1. Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif

- 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- 1. Kekuatan otot menurun
- 2. Rentang gerak (ROM) menurun

2. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah

d) Kondisi Klinis Terkait

1. Stroke

3. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

a) Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

b) Penyebab

- (1) Penurunan sirkulasi serebral
- (2) Gangguan neuromuskular
- (3) Gangguan pendengaran
- (4) Gangguan muskuloskeletal
- (5) Kelainan palatum
- (6) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)

- (7) Hambatan individu (mis. Ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- (8) Hambatan psikologis (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- (9) Hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

c) Batasan karakteristik

1. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar
- 2. Menunjukkan respon tidak sesuai

2. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- 1. Afasia
- 2. Disfasia
- 3. Apraksia
- 4. Disleksia
- 5. Disartia
- 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/tubuh
14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah/tubuh
15. Sulit Menyusun kalimat
16. Verbalisasi tidak tepat
17. Sulit mengungkapkan kata-kata
18. Disorientasi orang, ruang, waktu
19. Defisit penglihatan
20. Delusi

4. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

- a) Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
- b) Penyebab
 - 1) Gangguan muskuloskeletal
 - 2) Gangguan neuromuskuler
 - 3) Kelemahan
 - 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
 - 5) Penurunan motivasi/minat
- c) Batasan karakteristik

1. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Menolak melakukan perawatan diri

Objektif

1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet
2. Minat melakukan perawatan diri kurang

2. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

(Tidak tersedia)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke
- (2) Cedera medula spinalis
- (3) Depresi
- (4) Fungsi penilaian terganggu

2.2.3 Intervensi

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2009). Menurut Standar Intervensi Indonesia, intervensi dari diagnose stroke *infark* diatas adalah : Intervensi Keperawatan menurut (SIKI, 2018) & SLKI (2019) :

Diagnosa 1 :

Resiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak, perdarahan, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi jaringan serebral menjadi adekuat.

Kriteria Hasil :

- 1) Tingkat kesadaran : meningkat.
- 2) Kognitif : meningkat
- 3) Sakit kepala : menurun
- 4) Gelisah : menurun
- 5) Kecemasan : menurun
- 6) Tekanan arteri rata-rata : membaik
- 7) Tekanan intracranial : membaik
- 8) Tekanan darah sistolik : membaik
- 9) Tekanan darah diastolic : membaik
- 10) Refleks saraf : membaik

Tabel 2.2 Intervensi Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Monitor penurunan frekuensi jantung 4) Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi fowler 3) Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja	Observasi 1) Untuk mengetahui peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Agar dapat menentukan intervensi yang tepat untuk klien 3) Untuk mengetahui penurunan frekuensi jantung klien 4) Untuk mengetahui penurunan tingkat kesadaran klien Terapeutik 1) Agar klien jauh lebih nyaman 2) Untuk memberikan posisi nyaman bagi klien dan agar sesak klien berkurang 3) Agar tekanan intrakranial tidak semakin parah Kolaborasi 1) Untuk mencegah atau mengatasi kejang 2) Untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine 3) Untuk memudahkan klien dalam BAB

Diagnosa 2 :

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuronmuskuler.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien mampu melaksanakan aktivitas fisik.

Kriteria Hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas : meningkat
- 2) Kekuatan otot : meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) : meningkat
- 4) Kelemahan fisik : menurun

Tabel 2.3 Intervensi Gangguan mobilitas fisik

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kondisi kulit klien
1) Monitor kondisi kulit	2) Untuk mencegah terjadinya komplikasi tirah baring
2) Monitor komplikasi tirah baring	Terapeutik
Terapeutik	1) Agar tidak terjadi tekanan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan
1) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring)	2) Untuk mengetahui kekuatan otot klien
2) Lakukan gerak pada ekstremitas yang lemah untuk menilai kekuatan otot	Edukasi
Edukasi	1) Agar klien mengetahui prosedur latihan gerak ROM pasif
1) Jelaskan prosedur latihan gerak ROM pasif	2) Agar keluarga dapat membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif
2) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif	Kolaborasi
Kolaborasi	1) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
1) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien	

Diagnosa 3 :

Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam , diharapkan komunikasi normal, tidak mengalami gangguan sirkulasi serebral.

Kriteria hasil :

- 1) Kemampuan berbicara : meningkat
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh : meningkat
- 3) Kontak mata : meningkat
- 4) Afasia : menurun
- 5) Disfasia : menurun
- 6) Apraksia : menurun
- 7) Disatria : menurun

8) Pelo : menurun

9) Pemahaman komunikasi : membaik

Tabel 2.4 *Intervensi* Gangguan komunikasi verbal

Rencana Tindakan	Rasional
Promosi komunikasi: Defisit bicara (I.13492) 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 1) Berikan dukungan psikologis 2) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/gerakan tubuh) 3) Ulangi apa yang disampaikan pasien 4) Gunakan juru bicara, <i>jika perlu</i> Edukasi 1) Anjurkan berbicara perlahan 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	Observasi 1) Untuk mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2) Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 1) Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri klien 2) Untuk mempermudah dalam komunikasi dengan klien 3) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah 4) Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar Edukasi 1) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah klien dalam berbicara 2) Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar Kolaborasi 1) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

Diagnosa 4 : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan anggota gerak.

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien mampu merawat dirinya sendiri.

Kriteria Hasil :

- 1) Kemampuan mandi : meningkat
- 2) Kemampuan makan : meningkat
- 3) Kemampuan mengenakan pakaian : meningkat

- 4) Kemampuan ke toilet BAB/BAK : meningkat
- 5) Minat melakukan perawatan diri : meningkat

Tabel 2.5 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri (I.11348)	Obsevasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien
1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien
2) Monitor tingkat kemandirian	3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu dalam perawatan diri klien
3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	
	Terapeutik
1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)	1) Lingkungan yang kondusif dapat memotivasi klien dalam meningkatkan perawatan diri
2) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	2) Untuk memfasilitasi klien dalam melakukan perawatan diri
3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	3) Untuk mencegah resiko jatuh pada klien saat melakukan perawatan diri
4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	4) Membantu melakukan perawatan diri pada klien agar tetap terjaga kebersihan dirinya
5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	5) Memfasilitasi kemandirian klien, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri	6) Agar klien melakukan rutinitas secara terjadwal
Edukasi	Edukasi
1) Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan	1) Agar klien dapat mandiri dalam melakukan perawatan diri

2.2.3 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menjadi status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk

klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Rofifah Ninda, 2019).

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dari proses keperawatan, yaitu suatu metoda sistematis untuk mengorganisasikan dan memberikan suhan keperawatan (Perry & Potter, 2005). Mengesampingkan evaluasi dari proses keperawatan maka akan menghambat perawat dalam mengevaluasi praktik keperawatan dan menentukan apakah hasil asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang bermanfaat.

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP (Subyektif, Assessment, Planning).

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).
- 2) O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (Analisis) : yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.

