

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2/ Konsep Dasar Stoke

2.1.1. Definisi Stroke

Stroke merupakan gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan karena gangguan peredaran darah ke otak yang disertai dengan timbulnya gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal pada otak yang terganggu ,baik yang terjadi secara mendadak atau secara cepat (Hidayah,2019).

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak (Hariyanti,Pitoyo,& Rezkih,2020).

Menurut WHO (1983) Stroke merupakan suatu sindrom klinis dengan gejala gangguan fungsi otak secara fokal dan global yang berlangsung 24 jam atau lebih dan dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan pembuluh darah otak (Tarwoto,2013).

Definisi Stroke di atas dapat disimpulkan bahwa Stroke adalah sindrom klinis yang timbul secara mendadak karena gangguan suplai darah ke otak sehingga sel-sel otak kekurangan darah,oksigen atau zat-zat makanan dan pada akhirnya terjadi kematian pada sel-sel otak.

2.1.2. Klasifikasi

Klasifikasi Stroke menurut Awan Hariyanto (2015),dibagi menjadi dua yaitu:

- 1) Menurut patologi dan gejala klinik

a) Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak pada subarakhnoid dan intaserebral, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

b) Stroke Non-Hemoragik

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total sebagian karena iskemik, trombosis, emboli atau penyempitan lumen arteri.

(i) Pada Stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, Tetapi timbul edema sekunder.

(ii) Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.

(iii) Emboli : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak.

(iv) Penyempitan lumen arteri: bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2) Menurut perjalanan penyakit

a) TIA (Transien Iskemik Attack)

b)

Serangan sepihak yang mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang sepihak kurang dari 24 jam.

c) Stroke involusi

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

d) Stroke Komplet

Kondisi stroke yang terjadi gangguan neurologis yang timbul sudah menetap dan permanen. Pada umumnya ,diawali karena *Transien Iskemik Attac* yang berulang.

2.1.3. Etiologi

Menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015) penyebab terjadinya Stroke diantaranya :

1) Stroke non hemoragik :

a) Thrombosis pada stroke non-hemoragik terjadi ketika terbentuk gumpalan darah di dalam pembuluh darah yang menyuplai darah ke otak, yang mengakibatkan penyumbatan aliran darah ke bagian otak tertentu. Ini merupakan jenis stroke iskemik yang paling umum terjadi.

b) Emboli pada stroke non-hemoragik adalah kondisi ketika gumpalan darah atau material lainnya terbawa oleh aliran darah dari tempat asalnya dan menyumbat pembuluh darah yang lebih kecil di otak.

c) Spasme pembuluh darah adalah kondisi di mana pembuluh darah di otak mengalami penyempitan mendadak dan kuat. Ini terjadi setelah terjadinya stroke non-hemoragik dan dapat menyebabkan penurunan aliran darah ke bagian otak yang terkena.

2) Stroke hemoragik :

- a) Hipertensi berat dapat menjadi faktor risiko yang signifikan dalam terjadinya stroke hemoragik.
- b) Pecahnya aneurisma pembuluh darah di otak, juga dikenal sebagai perdarahan subaraknoid, adalah keadaan ketika aneurisma di dinding pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan ke dalam ruang subaraknoid, yaitu ruang antara lapisan terluar otak (arakhnoid) dan lapisan tengah yang menutupinya (pia mater).

2.1.4. Faktor Resiko

Faktor resiko dari Stroke Menurut Hariyanto & Sulistyowati,(2015) Meliputi

- 1) Perokok : dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah akibat kandungan nikotin yang mendukung terjadinya arterosklerosis.

- 2) Penyakit Jantung : adanya kerusakan coroner jantung ,gagal jantung,,gangguan irama jantung,kelainan katub jantung,yang mengarah pada penurunan kardiac output, peningkatan kerja jantung ,dan penurunan fungsi serebral.
- 3) Obesitas : obesitas dengan kurangnya aktivitas merupakan faktor terjadinya hiperkolesterol,hipertensi.
- 4) Usia : semakin bertambahnya usia ,resiko Stroke semakin tinggi karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.
- 5) Politemia : kadar Hb yang tinggi dari 16 mg/dl dalam hubungannya dengan kekentalan darah dapat memperlambat aliran darah ke otak.
- 6) Alkohol : pada alkoholik dapat mengalami hipertensi karena sifat alcohol mengikat air,memperberat kerja jantung ,dan hipertensi penurunan aliran darah ke otak.
- 7) Kontrasepsi oral dan terapi estrogen : estrogen mempengaruhi hormone dalam tubuh meningkatkan resiko pembekuan darah,besiko terjadi Stroke
- 8) Diabetes Melitus : tinggi kadar gula dalam darah menghambat aliran darah ke otak.
- 9) Hiperkolesterol dan lemak : kolesterol dalam tubuh menyebabkan stenosklerosis.
- 10) Stress emosional.
- 11) Aktivitas tidak sehat : kurang olahraga

2.1.5. Manifestasi Klinis

Menurut Nuarif dankusuma (2015) stroke mengakibatkan sejumlah perubahan pada sistem tubuh. Adanya perubahan yang terjadi pada sistem tubuh

memberikan respon khusus pada tubuh , respon inilah yang disebut dengan manifestasi klinis. Secara umum gejala yang timbul tergantung dari jenis stroke antara lain :

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorik).
- 3) Perubahan mendadak pada status mental (kesadaran menurun).
- 4) Mulut moncong atau tidak simetris ketika menyeringai
- 5) Gangguan pengelihatan
- 6) Gangguan daya ingat
- 7) Bicara pelo atau cedal
- 8) Nyeri kepala hebat
- 9) Vertigo
- 10) Gangguan fungsi otak

2.1.6. Komplikasi Stroke

Komplikasi Stroke menurut Tarwoto (2013),yaitu:

1) Fase Akut

a) Hipoksia Serebral dan menurunnya aliran darah otak.

pada area otak yang infark 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

Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik

maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstesi akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema otak.

c) Peningkatan Intrakranial

Bertambahnya masa 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 pada serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Pasien Stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan 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 karena akibat imobilisasi seperti pneumonia dekubitus, kontraktur, trombosis vena dalam, atropi, inkontinensia
- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak
- c) Malnutrisi karena intake yang adekuat.

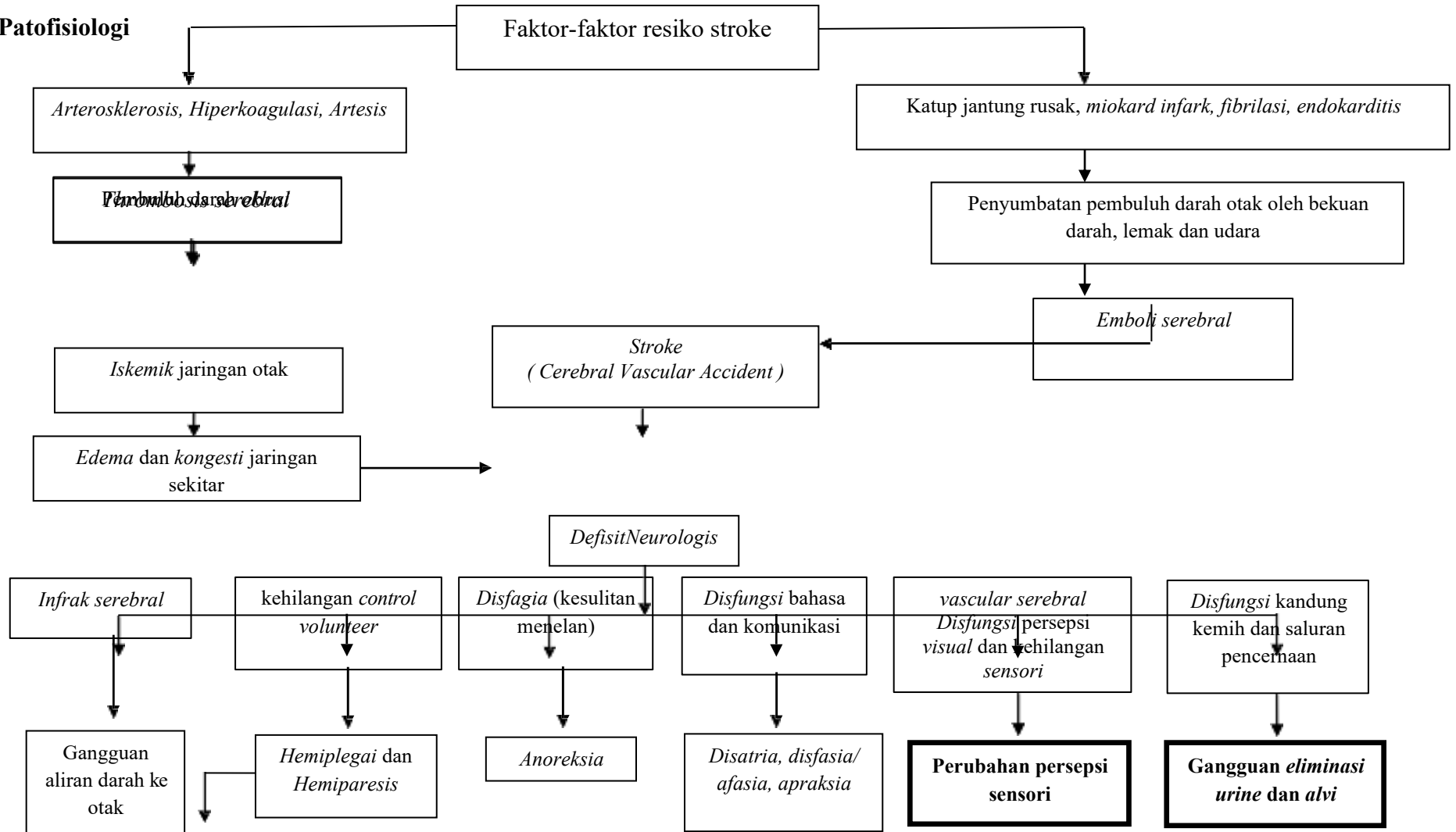
3. Diet yang diberikan untuk pasien Stroke

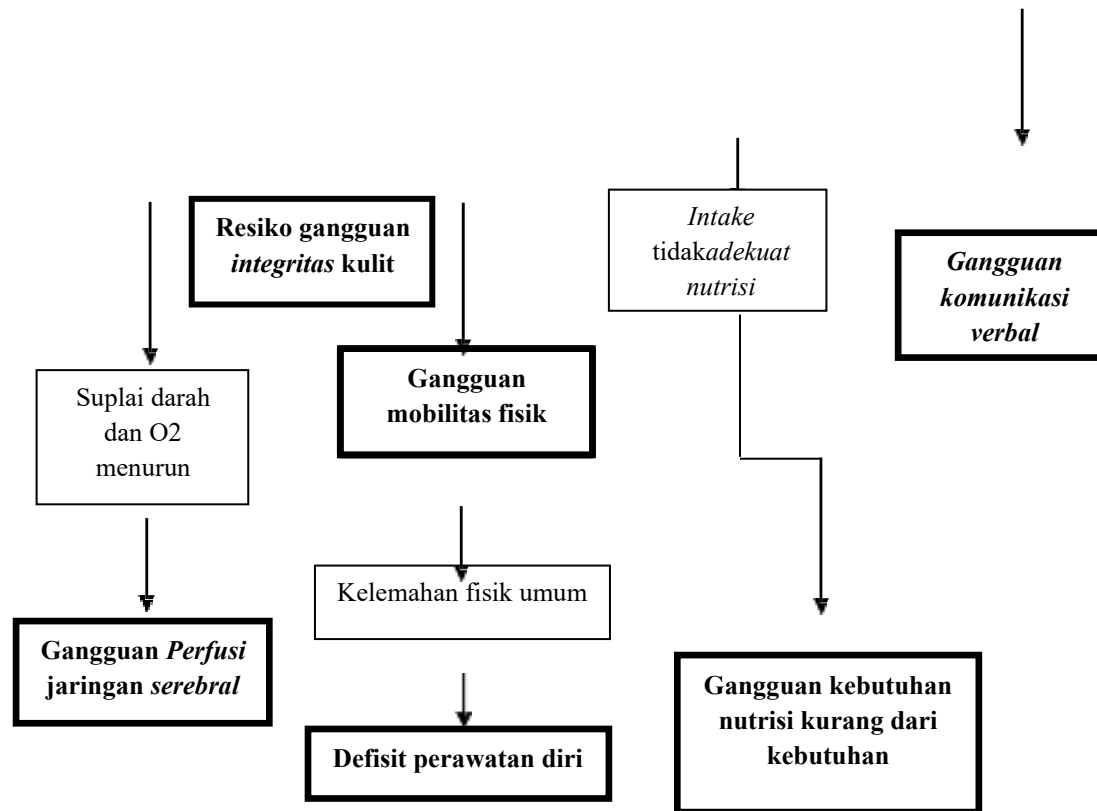
Terapi diet yang diberikan adalah sebagai berikut :

Tujuan :

- a) Memberikan makanan yang cukup nilai gizi untuk mencegah timbulnya Stroke berulang
- b) Memberikan makanan yang cukup nilai gizi untuk membantu mempercepat pemulihan kondisi.
- c) Memberikan makanan yang disesuaikan dengan faktor resiko penyebab komplikasi
- d) Membatasi kolestrol dan lemak, untuk menurunkan kandungan kolestrol/lemak dalam darah.
- e) Mencegah atau memperlambat komplikasi lebih lanjut

2.1.7 Patofisiologi





Gambar 2.1 Patofisiologi *Stroke* (Muttaqin, 2008)

Uraian Patofisiologi

Faktor yang mempengaruhi Stroke yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. *CVA* ada dua jenis yaitu *CVA iskemik* dan *CVA Hemoragik*. Faktor terjadinya *CVA iskemik* yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (*aterosklerosis*) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah). Faktor terjadinya *CVA hemoragik* yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluhdarah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul resiko gangguan *perfusi jaringan serebral*. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang *foramen* di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan *vascular serebral* dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah *ekstremitas* terjadi kehilangan control *volunter* atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan *hemiparesis* akibat *lesi* pada 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 (Activity of Daily Living)*. Kelemahan control ototfasial/wajah

berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, *disfasia / afasia, disartria* (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi *verbal*. Kerusakan *neurologis* juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perbuahan *persepsi sensori*. Pada saluran pencernaan atas klien 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 sfingter sehingga menimbulkan masalah gangguan *eliminasi urine*. (Muttaqin, 2008).

2.1.8 Penatalaksanaan

Nurarif dan Kusuma (2015), menyatakan penatalaksanaan pada stroke meliputi:

a) Stadium hiperakut

ada stadium ini, dilakukan *CT scan* otak, *elektrokardiografi*, foto *toraks*, darah *perifer* lengkap dan *jumlah trombosit*, *protombin time/INR*, *APTT*, *glukosa* darah, kimia darah termasuk *elektrolit*, jika *hipoksia*, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di instalasi rawat darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

b) Stadium akut

Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor *etiologik* maupun penyulit. Juga dilakukan tindakan terapi fisik, *okupasi*, wicara, dan *psikologis* serta sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan *edukasi* kepada keluarga pasien, menyangkut dampak stroke terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

c) Stadium subakut

Tindakan medis dapat berupa terapi *kognitif*, tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan bladder training (termasuk terapi *fifik*). Mengingat perjalanan penyakit yang panjang, dibutuhkan penatalaksanaan khusus intensif pasca stroke di rumah sakit dengan tujuan kemandirian pasien, mengerti dan melaksanakan

program preventif primer dan skunder. Terapi subakut antara lain:

- a) Melanjutkan terapi sesuai kondisi akut sebelumnya
- b) Penatalaksanaan komplikasi
- c) *Restorasi/rehabilitasi* (sesuai kebutuhan pasien) yaitu
fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
- d) Preventif skunder

Edukasi keluarga dan *Discharge Planning*

Adapun farmakoterapi yang dapat diberikan adalah:

- a) *Diuretika* : merupakan golongan obat yang berfungsi untuk mengeluarkan cairan dari tubuh. Pada kasus CVA pemberian *diuretik* bertujuan untuk menurunkan *edema serebral*.
- b) Anti koagulan : Anti koagulan adalah obat yang mencegah pembekuan darah. Pembekuan darah dapat berupa *trhombus* dan *emboli*. Pemberian obat anti koagulan pada kasus CVA bertujuan untuk mencegah pemberatnya *trombosis* dan *embolisasi*.
- c) Kortikosteroid : merupakan obat yang berperan dalam mencegah proses *inflamasi*. Kortikosteroid bertujuan untuk mengurangi pembekakan dan peningkatan tekanan dalam otot.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Tarwoto (2013), pemeriksaan penunjang untuk pasien

Stroke yaitu meliputi:

1) Radiologi

- a) Computerized Tomografi Scanning (CT Scan):
mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikuler otak.
- b) Magnetic Resonance (MRI): menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformai arteriovena.
- c) Elektro Encephalografi (EEG):
mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- d) Angiografi Serebral: membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
- e) Sinar X Tengkorak: mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada trombosis serebral.
- f) Pungsi Lumbal: menunjukkan adanya tekanan normal. Jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukan

perdarahan subarachnoid atau perdarahan intrakranial
g) Elektro Kardiogram: mengetahui adanya kelainan
jantung yang juga menjadi faktor penyebab stroke.

2) Laboratorium

- a) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- b) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- c) Kolesterol, lipid
- d) Asam urat
- e) Elektrolit
- f) Masa pembekuan dan masa perdarahan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang di hadapi klien.

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara sistematis. Tahap-tahap proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Tarwoto, 2013).

2.2.1. Pengkajian

Menurut (Tarwoto, 2013), pengkajian pada pasien Stroke meliputi :

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis.

2) 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.

3) Riwayat penyakit sekarang

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

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama,

penggunaan obat-obat antikoagulen, aspirin, fasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes melitus.

6) Riwayat psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola *persepsi* dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak *kooperatif*. dalam pola penanganan, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah *spiritual* karenatingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisitubuh.

7) Pola Nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mualmuntah pada fase akut.

8) Pola eliminasi

Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada klien stroke mungkin mengalami inkotinensia urine

sementara karena kebingungan, ketidak mampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidak mampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

9) Pola Aktivitas dan latihan

Pada klien Stroke akan terjadi kelelahan, kelemahan, ketidaknyamanan, adanya dispnea saat digunakan aktivitas.

10) Pola tidur dan istirahat

Pada klien Stroke terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang dialaminya.

11) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : biasanya klien Stroke mengalami badan lemas (letargi), nyeri kepala (cefalgia) , penurunan kesadaran (apati, 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.

b) Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan

c) Pemeriksaan integumen :

(1) Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dehidrasi.

(2) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis*.

(3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan

d) Pemeriksaan kepala dan leher :

(1) Kepala : bentuk normiccephali

(2) Wajah : umumnya wajah tidak simetris

(3) Leher : kaku kuduk jarang terjadi

e) Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas yang terdengar rounchi, wheezing, ataupun suara tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

f) Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, dan kadang terdapat kembung.

g) Pemeriksaan Inguinal, genetalia, anus

Kadang terdapat incontinenasia atau retensia urine

h) Pemeriksaan ekstermitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

i) Pemeriksaan neurologis

Ada 12 nervus cranial, diantaranya?

(1) Nervus olfaktorius (klien mampu membau)

(2) Nervus optikus (klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat)

(3) Nervus okulomotorik (pupil mampu mengecil bila terkena cahaya)

(4) Nervus troklear (klien mampu menggerakkan bola mata ke atas

dan ke bawah)

- (5) Nervus trigemial (klien mampu merasakan adanya sentuhan)
- (6) Nervus abducent (klien mampu menggerakkan bola mata ke samping)
- (7) Nervus facialis (klien mampu menggerakkan dahi)
- (8) Nervus auditori (klien mampu mendengar suara disekitar)
- (9) Nervus glossofaringeal (klien tidak mampu membedakan rasa)
- (10) Nervus vagus (klien kesulitan menelan ludah dan makanan)
- (11) Nervus asesorius (klien mampu menggerakkan mata dan bahu)
- (12) Nervus hipoglosal (klien mampu menjulurkan lidah dan menariknya kembali tetapi gerakan lidah tidak sama/miring)
- j) Paralisis/paresis motorik : hemiplegia – hemiparesis, kelemahan otot wajah, tangan.
- k) Gangguan sensorik : kehilangan sensasi pada wajah, lengan, dan ekstremitas bawah
- l) Disfagia : kesulitan mengunyah, menelan, paralisis lidah dan laring.
- m) Gangguan visual pandangan ganda, lapang pandang menyempit.
- n) Kesulitan komunikasi : adanya afasia sensorik (kerusakan pada area wernick), afasia motorik/ekspresive (kerusakan pada area broca), afasia global, kesulitan menulis (agraphia), kesulitan membaca alexia.
- o) Disarthria (kesulitan mengucapkan artikulasi/pelo, cadel), kelemahan

otot wajah, lidah, langit-langit atas, taring dan bibir.

- p) Kemampuan emosi : perasaan, ekspresi wajah, penerimaan terhadap kondisi dirinya.
- q) Memori : pengenalan terhadap lingkungan, orang, tempat, waktu.
- r) Tingkat kesadaran.
- s) Fungsi bladder dan fungsi bowel.

3) 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 respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnose keperawatan pada klien dengan Stroke menurut (Tarwoto, 2013) :

1. Gangguan perfusi jaringan serebral (D.0009).

Penyebab :

- a. Hiperglikemia

- b. Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c. Peningkatan tekanan darah
- d. Kekurangan volume cairan
- e. Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
- g. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit
- h. Kurang aktivitas fisik

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(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

Gejala dan Tanda Minor

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

2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Penyebab:

- a. Kerusakan integritas struktur tulang

- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan massa 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-75 sesuai usia
- n. Efek agen farmakologis
- o. Program pembatasan gerak
- p. Nyeri
- q. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r. Kecemasan
- s. Gangguan kognitif
- t. Keengganan melakukan pergerakan
- u. Gangguan sensori presepsi

Data Subyektif: Pasien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak	1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah

3. Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Penyebab

- a. Gangguan penglihatan
- b. Gangguan pendengaran
- c. Gangguan Penghiduan
- d. Gangguan Perabaan
- e. Hipoksia serebral
- f. Penyalahgunaan zat
- g. Usia lanjut
- h. Pemajanan toksin lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Mendengar suara bisikan atau	1) Distorsi sensori

melihat bayangan	2) Respon tidak sesuai
2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan	3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
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

4. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Penyebab :

- a. Penurunan sirkulasi serebal
- b. Gangguan neuromuskuler
- c. Gangguan pendengaran
- d. Gangguan muskuloskeletal
- e. Kelainan palatum
- f. Hambatan fisik
- g. Hambatan individu
- h. Hambatan psikologis
- i. Hambatan lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	1) Tidak mampu berbicara atau mendengar 2) Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	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 atau tubuh

5. Resiko gangguan nutrisi (D.0032)

Penyebab :

- a. Ketidakmampuan menelan makanan
- b. Ketidakmampuan mencerna makanan
- c. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
- d. Faktor ekonomi

e. Faktor psikologis

6. Defisit perawatan diri (D.0109)

Penyebab :

- a. Gangguan muskuloskeletal
- b. Gangguan neuromuskuler
- c. Kelemahan
- d. Gangguan psikologi dan/atau psikotik
- e. Penurunan motivasi/minat

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Menolak melakukan perawatan diri	1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2) Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7. Gangguan eliminasi urine(D.0040)

Penyebab :

- a. Penurunan kapasitas kandung kemih
- b. Iritasi kandung kemih
- c. Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan

kandung kemih

- d. Efek tindakan medis dan diagnostic
- e. Kelemahan otot pelvis
- f. Ketidakmampuan mengakses toilet
- g. Hambatan linkungan
- h. Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- i. Outlet kandung kemih tidak lengkap
- j. Imaturitas

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Desakan berkemih (urgensi)	1) distensi kandung kemih
2) Urin menetes (<i>dribbling</i>)	2) berkemih tidak tuntas (<i>hesitancy</i>)
3) Sering buang air kecil	3) volume residu urin meningkat
4) Nokturia	
5) Mengompol	
6) Enuresis	

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau Intervensi Keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan

(Walid, 2019). Menurut Standar Intervensi Indonesia (2013), intervensi dari diagnosa Stroke diatas adalah : Intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013) :

1. **Diagnosa 1** : Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

Kriteria hasil :

- a. Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik.
- b. Tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada
- c. Gangguan lebih lanjut tidak terjadi

Tabel 2.1 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji status neurologik setiap jam.	1. Menentukan perubahan defisit neurologik lebih lanjut.
2. Kaji tingkat kesadaran dengan GCS.	2. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi.
3. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata.	3. Mengetahui fungsi N.II dan III.
4. Kaji refleks kornea dan refleks gag.	4. Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan pada batang otak.
5. Evaluasi keadaan motorik dan sensori pasien.	5. Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak.
6. Monitor tanda vital setiap 1 jam.	6. Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak.
7. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur.	7. Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung.
8. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas.	8. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali.
9. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 ⁰ dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi.	9. Memfasilitasi drainasi vena dari otak.
10. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya/fleksi, batuk, bersin, feses yang keras atau mencedan.	10. Dapat meningkatkan tekanan intrakranial.

11. Pertahankan suhu normal. 12. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang. 13. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin. 14. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik. 15. Monitor AGD, PaCO ₂ antara 35-45 mmHg dan PaO ₂ >80 mmHg. 16. Berikan obat sesuai program dsan monitor efek samping. a. Antikoagulan : Heparin b. Antifibrolitik : Amicar c. Antihipertensi d. Steroid, dexametason e. Fenitoin, fenobarbital f. Pelunak feses 17. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostik.	11. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK. 12. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang. 13. Meminimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK. 14. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction dapat meningkatkan TIK. 15. Karbondioksida menimbulkan vasolilatasi, adekuatnya oksigen sangat pentingdalam mempertahankan metabolisme otak. 16. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting. Kontraindikasi pada stroke hemoragik. a. Mencegah lisis dan perdarahan b. Menanggulangi hipertensi c. Pengontrol edema serebral d. Mengontrol kejang e. Mencegah proses mencedan dan menghindari peningkatan tekanan intrakranial. 17. Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.
--	--

2. Diagnosa 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, pasrestesia, paralisis.

Kriteria hasil :

- Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop.
- Mempertahankan kekuatan/fungsi tubuh secara optimal
- Mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas
- Mempertahankan integritas kulit

e. Kebutuhan ADL terpenuhi

Tabel 2.2 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan motorik. 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4× perhari bila mungkin. 3. Bila klien ditempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh. a. Gunakan papan kaki b. Ubah posisi sendi bahu tiap 2-4 jam c. Sanggah tangan dan pergelangan pada kelurusan alamiah 4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi. 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak. 6. Lakukan masage pada daerah tertekan. 7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi. 8. Kolaborasi stimulasi elektrik. 9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus.	1. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motorik. 2. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernapasan. 3. Mencegah footdrop. Mencegah kontraktur fleksi bahu. Mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan. 4. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma. 5. Membantu mencegah kerusakan kulit. 6. Membantu memperlancar sirkulasi darah. 7. Mengembangkan program khusus. 8. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan kontrol volunter. 9. Menurunkan tekanan pada tulang.

3. **Diagnosa 3** : Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integasi, stress psikologik.

Kriteria hasil :

- a. Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi
- b. Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan

Tabel 2.3 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan persepsi pasien dan penerimaan sensorik 2. Ciptakan lingkungan yang sederhana dan pindahkan alat-alat yang berbahaya 3. Tempatkan barang pada tempat semula 4. Orientasikan pasien pada lingkungan, staf dan prosedur tindakan 5. Bantu pasien dalam aktivitas dan mobilitas untuk mencegah injuri	1. Mengantisipasi defisit dan upaya perawatannya 2. Menurunkan resiko cedera 3. Menghindari kebingungan 4. Menghindari kesalahan persepsi terhadap realitas 5. Memenuhi kebutuhan sehari-hari dan mencegah injuri

4. **Diagnosa 4** : Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

Kriteria hasil :

- a. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal.
- b. Terhindar dari tanda-tanda frustrasi.
- c. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar.
- d. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Tabel 2.4 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara. 2. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi. 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi : a. Jangan terburu-buru b. Bicara dengan perlahan dan intonasi normal c. Kurangi bising lingkungan	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa. 2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasi.

d. Jangan paksa pasien untuk berkomunikasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh. 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara : ▪ Instruksikan pasien untuk bicara lambat dan dalam kalimat pendek. ▪ Pada awal pertanyaan gunakan pertanyaan dengan jawaban “Ya” atau “Tidak” ▪ Dorong pasien untuk berbagi perasaan dan keprihatinannya 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal. 7. Konsul dengan terapis wicara.	3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif. 4. Memudahkan penerimaan pasien. 5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkat dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara. 6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati t 7. erhadap gangguan bicara pasien. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus.
---	---

1. **Diagnosa 5** Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah

Data Pendukung :

- a. Kesadaran pasien menurun (koma)
- b. Refleks menelan dan mengunyah tidak ada
- c. Berat badan tidak seimbang
- d. Hb kurang dari normal
- e. Terlihat anemis
- f. Intake makanan tidak adekuat
- g. Lingkar tangan pasien kurang dari normal
- h. Tonus otot kurang

Kriteria Hasil:

- a. Intake makanan adekuat
- b. Anemis tidak ada
- c. Berat badan ideal

- d. Tanda vital normal
- e. Hb dan albumin normal
- f. Lingkar lengan pasien normal
- g. Tonus otot meningkat

Tabel 2.5 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Monitor intake makanan pasien 2. Observasi keadaan NGT 3. Berikan makanan per NGT dengan teknik yang benar 4. Berikan makanan cair tidak lebih 600 cc sekali pemberian 5. Observasi sclera, warna kulit 6. Jaga kebersihan mulut pasien 7. Kaji tanda vital dan bising usus 8. Kaji lingkar lengan dan tonus otot 9. Monitor hasil laboratorium seperti glukosa, elektrolit, haemoglobin , albumin, kolaborasi dengan tim medis 10. Kolaborasi dengan medis dalam pemberian transfuse darah sesuai indikasi	1. Mengetahui keseimbangan nutrisi 2. Aduatnya aliran masuk makanan 3. Mencegah terjadinya aspirasi 4. Mencegah muntah dan aspirasi 5. Tanda adanya anemia 6. Meningkatkan selera makanan 7. Tekanan darah yang rendah dapat disebabkan kurang nutrisi, bising usus ini menentukan adekuatnya pencernaan makanan 8. Indicator status nutrisi 9. Mengetahui status nutrisi 10. Pemberian transfuse darah dimungkinkan jika Hb kurang

6. **Diagnosa 6** : Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.
- Kriteria hasil :

- a. Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri :
mandi, BAB, BAK, berpakaian, makan
- b. Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri

Tabel 2.6 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan ADL pasien	1. Membantu merencanakan intervensi
2. Anjurkan pasien untuk melakukan sendiri perawatan dirinya jika mampu	2. Menumbuhkan kemandirian dalam perawatan
3. Berikan umpan balik positif atas usaha klien	3. Meningkatkan harga diri klien
4. Pertahankan dukungan, sikap tegas, beri cukup waktu untuk menyelesaikan tugas pada klien	4. Perawat konsisten dalam memberi asuhan keperawatan
5. Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL pasien jika klien tidak mampu	5. Memenuhi kebutuhan ADL dan melatih kemandirian
6. Kolaborasi hasil fisioterapi	6. Mengembangkan rencana terapi

7. **Diagnosa 7 :** Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.

Kriteria hasil :

- a. Pola BAK normal
- b. Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK
- c. Kulit bersih dan kering
- d. Terhindar dari infeksi saluran kemih

Tabel 2.7 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kembali tipe inkontinensia dan polanya	1. Menentukan rencana lebih lanjut
2. Buatlah jadwal untuk BAK	2. Melatih BAK secara teratur
3. Palpasi bladder terhadap adanya distensi	3. Obstruksi saluran kemih kemungkinan dapat terjadi
4. Berikan minum yang cukup 1500-2000 ml jika tidak ada kontraindikasi	4. Mencegah batu saluran kemih
5. Lakukan perawatan kateter setiap hari	5. Menghindari terjadinya infeksi
6. Monitor hasil urinalisa dan karakteristik urin	6. Mengetahui secara dini infeksi saluran kemih
7. Jaga privasi pasien saat BAK	7. Memberikan rasa nyaman
8. Hindari pasien minum sebelum tidur	8. Menghindari BAK saat tidur

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (*independen*) dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2006). Tindakan mandiri (*independen*) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama seperti dokter dan petugas kesehatan lain.

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan

(Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapn proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu :

- 1) S (*Subyektif*) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan(apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien)
- 2) O (*Obyektif*) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium,diraba, dandiukur oleh perawat
- 3) A (*Analisis*) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentangkondisi klien.
- 4) P (*Planning*) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untukmengatasi masalah klien.