

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (WHO, 2014). Stroke adalah terhentinya aliran darah ke otak yang terjadi secara tiba-tiba karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak, terhentinya aliran darah ini mengakibatkan terhentinya suplai oksigen dan energi ke otak (Risdianto, 2015). Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa stroke adalah hilangnya fungsi otak karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang dapat menimbulkan kematian karena suplai oksigen dan energi ke otak terhenti.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Menurut Hariyanto (2015), klasifikasi stroke dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Stroke Hemoragik

Adalah pecahnya pembuluh darah otak pada subarakhnoid dan intraserebral, 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-Hemorogik

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

- (1) Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.
- (2) Trombosis: penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.
- (3) Emboli: emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak.
- (4) Penyempitan lumen arteri: bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2) Stroke berdasarkan perjalanan penyakit

a) TIA (Transien Iskemic 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.

b) Stroke involusi

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

c) Stroke komplet

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

2.1.3 Penyebab Stroke

Menurut Dharma (2018), Stroke terjadi karena dua hal yaitu :

- 1) Sumbatan pembuluh darah otak yang dapat terjadi karena tumpukan lemak pada dinding pembuluh darah atau akibat bekuan darah yang terhenti pada pembuluh darah otak. Kelebihan lemak jahat di dalam tubuh dapat menempel pada dinding pembuluh darah dalam jumlah yang besar dapat menyumbat pembuluh darah. Sumbatan pada pembuluh darah di otak menyebabkan kerusakan jaringan otak sehingga menimbulkan gejala stroke.
- 2) Pecahnya pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tekanan darah yang sangat tinggi. Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak, sehingga darah memenuhi ruang otak dan menyebabkan kerusakan dan kematian jaringan otak.

2.1.4 Manifestasi Klinis Stroke

Menurut Junaidi (2016), tanda dan gejala pada pasien stroke yaitu:

- 1) Adanya serangan defisit neurologis fokal, berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh.
- 2) Hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh. Baal atau mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan, terasa seperti terkena cabai, rasa terbakar.
- 3) Mulut tidak simetris, lidah mencong bila diluruskan. Gangguan menelan: sulit menelan, minum sering tersedak.
- 4) Bicara tidak jelas (rero/pelo/cadel), sulit berbicara. Kata yang diucapkan tidak sesuai keinginan atau gangguan bicara berupa sengau, ngaco, dan kata-katanya tidak dapat dimengerti atau tidak dipahami (afasia). Bicara tidak lancar, hanya sepatah-sepatah kata yang terucap.
- 5) Sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat.
- 6) Tidak memahami pembicaraan orang lain.
- 7) Tidak mampu membaca dan menulis serta tidak memahami tulisan.
- 8) Tidak dapat berhitung dan kepandaian menurun.
- 9) Tidak mampu mengenali atau merasakan bagian tubuhnya.
- 10) Hilang kendali terhadap kandung kemih, kencing yang tidak disadari.

- 11) Berjalan menjadi sulit, langkahnya kecil-kecil dan sempoyongan.
- 12) Menjadi pelupa, pikun (dimensia).
- 13) Vertigo (pusing, puyeng 7 keliling) atau perasaan berputar yang menetap saat tidak beraktifitas.
- 14) Awal terjadinya penyakit (onset) cepat, mendadak, dan biasanya terjadi pada saat beristirahat atau bangun tidur.
- 15) Hilangnya penglihatan, berupa penglihatan terganggu. sebagian lapang pandangan tidak terlihat, gangguan pandangan tanpa rasa nyeri, penglihatan gelap atau ganda sesaat.
- 16) Kelopak mata sulit dibuka atau dalam keadaan terjatuh tertutup.
- 17) Pendengaran hilang atau gangguan pendengaran, berupa tuli satu telinga atau kemampuan mendengarnya menurun.
- 18) Menjadi lebih sensitif menjadi mudah menangis atau tertawa.
- 19) Kebanyakan tidur atau selalu ingin tidur, mengantuk.
- 20) Kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik, sempoyongan, atau terjatuh.
- 21) Gangguan kesadaran, pingsan sampai tidak sadarkan diri (koma).

2.1.5 Faktor Resiko Stroke

Menurut Lingga (2013), faktor resiko terjadinya stroke dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Faktor Tidak Terkendali

Adalah faktor yang tidak dapat diubah, terdiri dari :

- a) Faktor genetik
- b) Cacat bawaan pada pembuluh darahnya (*cadasil*)
- c) Usia
- d) Gender
- e) Riwayat penyakit keluarga

2) Faktor yang Dapat Dikendalikan

Adalah faktor yang dapat dikendalikan yang artinya jika faktor-faktor ini di eliminasi maka resiko stroke, menjadi rendah atau bahkan dapat ditiadakan, faktor tersebut yaitu :

- a) Kegemukan
- b) Hiperlipidemia
- c) Hiperurisemia
- d) Penyakit jantung
- e) Kebiasaan merokok
- f) Kebiasaan mengonsumsi minuman beralkohol
- g) Malas berolahraga
- h) Kadar hematokrit tinggi
- i) Kadar fibrinogen tinggi
- j) Konsumsi obat bebas dan obat-obatan psikotropika
- k) Cedera pada kepala dan leher
- l) Kontrasepsi berbasis hormon
- m) Stres
- n) Hiperhomosisteinemia

- o) Kadar Lp (a) tinggi
- p) Kadar fosfolipase tinggi
- q) Mengorok disertai terhentinya nafas (*sleep apnea*) karena dapat memicu serangan jantung dan stroke
- r) Tumor otak
- s) Diabetes
- t) Infeksi *Cytomega virus* dan *Helicobacter pylori* pada arteri jantung yang dapat memicu terjadinya serangan jantung dan stroke.

2.1.6 Komplikasi Stroke

Komplikasi pada stroke dibagi menjadi 2 fase yaitu fase akut dan fase pemulihan yang diuraikan sebagai berikut :

1) Fase akut

- a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah ke otak.

Hipoksia jaringan otak terjadi akibat tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen pada otak yang terjadi infark.

- b) Edema serebri

Adalah respon fisiologis terhadap trauma jaringan. Area yang mengalami hipoksia atau iskemik akan mengalami edema karena tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti perdarahan atau edema otak, akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologis, peningkatan TIK yang tinggi dapat menyebabkan herniasi serebral yang mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

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

2) Fase pada masa pemulihan atau lanjut

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis 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.

(Tarwoto, 2013)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wijaya dan Putri (2013), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut:

1) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

2) Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada caudospinal ratean lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

3) CT scan.

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

4) MRI

MRI (*Magnetic Imaging Resonance*) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya

didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

6) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunkan impuls listrik dalam jaringan otak.

2.1.8 Penatalaksanaan Stroke

Menurut Harsono (2016), Penatalaksan stroke antara lain :

1) Penatalaksana Keperawatan

- a) Bedrest total dengan posisi kepala head up 150-300
- b) Berikan terapi oksigen 2-3 L/menit dengan naal kanul
- c) Pasang infus IV sesuai kebutuhan
- d) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul
- e) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi.

2) Penatalaksanaan Medis

- a) Antifibrilolitik untuk mencegah perdarahan ulang seperti asam tranexamat dengan dosis 250-500mg dua kali per hari melalui IV.
- b) Diuretik/anti edema, yang diberikan berupa Manitol 20% untuk mengurangi TIK (0,25-2g/kgBB selama 30-60, IV)

menit dan furosemide untuk mengurangi cairan berlebih di tubuh dan menurunkan tekanan darah dengan dosis 20-40 mg melalui IV.

- c) Nimodipine, untuk memperbaiki defisit neurologis akibat vasospasme. Dengan dosis 1-2 mg/jam IV pada hari ke-3 atau secara oral 60 mg/6 jam selama 21 hari.
- d) Antikonvulsan, yaitu feniton untuk mengatasi kejang dengan dosis 15-20 mg/kgBB/hari.
- e) Tindakan operasi yang dapat dilakukan untuk mengetahui SAH yaitu tindakan kraniotomi berupa *Coiling/Wrapping* Aneurisma dan *Clipping* Aneurisma, untuk mengurangi perdarahan berulang.
- f) Terapi tambahan untuk pasien gelisah diberikan haloperidol (dosis 1-10mg/6jam melalui IM).

2.2 Konsep Fasilitas Kesehatan

2.2.1 Definisi Fasilitas Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/ atau masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

2.2.2 Tingkatan Fasilitas Kesehatan

Berdasarkan Pemerintah Republik Indonesia (2016), tingkatan fasilitas kesehatan terdiri dari :

- 1) Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar.
- 2) Fasilitas Kesehatan tingkat kedua, adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan spesialistik.
- 3) Fasilitas Kesehatan tingkat ketiga, adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan subspesialistik.

2.2.3 Jenis-jenis Fasilitas Kesehatan

Menurut Pemerintah Republik Indonesia (2016), Jenis fasilitas kesehatan yaitu :

- 1) Tempat praktik mandiri Tenaga Kesehatan
- 2) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)
- 3) Klinik
- 4) Rumah Sakit
- 5) Apotek
- 6) Unit tranfusi darah
- 7) Laboratorium kesehatan
- 8) Optik
- 9) Fasilitas kesehatan untuk kepentingan hukum
- 10) Fasilitas kesehatan tradisional

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Fasilitas Kesehatan

1) Dukungan keluarga

Masyarakat memiliki tingkat pengetahuan yang cukup baik terhadap pelayanan kesehatan yang tepat untuk

keluarganya, namun dukungan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan masih kurang dan cenderung memilih pengobatan tradisional yang berkaitan erat dengan sosial budaya setempat (Laimeheriwa, 2023).

2) Penghasilan

Tingkat penghasilan sangat berpengaruh pada pemilihan fasilitas kesehatan hal ini terjadi karena pertimbangan biaya setelah menggunakan pelayanan fasilitas kesehatan. Orang yang berpenghasilan lebih akan memilih berobat ke fasilitas kesehatan dibandingkan dengan melakukan pengobatan sendiri, sedangkan orang dengan penghasilan kurang akan memilih melakukan pengobatan sendiri daripada memilih menggunakan fasilitas kesehatan (Parlinggoman & Wahyu Wibowo, 2016)

3) Biaya Pelayanan

Biaya pelayanan merupakan faktor yang menjadi alasan pasien memilih fasilitas kesehatan, karena pasien cenderung memilih fasilitas kesehatan yang memiliki pelayanan yang sesuai dengan biaya pelayanan (Anggraini, H. Abi Muhlisin, & Ambarwati, 2013).

4) Lokasi

Lokasi / jarak yang dimaksud adalah letak antara rumah dengan fasilitas kesehatan, sehingga semakin dekat lokasi suatu fasilitas kesehatan dengan rumah pasien, maka pasien semakin sering datang (Rahmadani, Rosmanely, & Nurliyah, 2022).

5) Pelayanan

Sistem pemberian pelayanan meliputi empat hal penting yang harus diperhatikan yaitu budaya layanan berkaitan dengan kebiasaan, visi misi, dan nilai dalam suatu organisasi, keterlibatan karyawan / pemberi pelayanan kesehatan berkaitan dengan sikap dan perilaku, kualitas layanan mencakup strategi, proses, dan sistem manajemen kinerja, dan pengalaman pasien / pengguna fasilitas kesehatan berkaitan dengan persepsi dan faktor pengguna fasilitas kesehatan mempengaruhi terhadap pemilihan layanan (Rahmadani, Rosmanely, & Nurliyah, 2022).

2.3 Konsep Kepatuhan

2.3.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan, pasien mungkin tidak mematuhi tujuan atau mungkin melupakan begitu saja atau salah mengerti instruksi yang diberikan (Niven, 2017). Kepatuhan adalah salah satu perilaku pemeliharaan kesehatan yaitu usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha penembuhan apabila sakit (Notoatmodjo, 2021). Kepatuhan adalah perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana (Kozier, 2016).

2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Niven (2017) adalah sebagai berikut :

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

2) Faktor Lingkungan dan Sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantuk kepatuhan terhadap program pengobatan. Lingkungan berpengaruh besar, lingkungan yang harmonis dan positif akan membawa dampak yang positif serta sebaliknya.

3) Interaksi Petugas Kesehatan dengan Klien

Meningkatkan interaksi petugas kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit dan bagaimana pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga

kesehatan, semakin teratur pula pasien melakukan kunjungan.

4) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

2.3.3 Karakteristik Kepatuhan

Menurut Depkes RI dalam Kogoya (2019) kriteria kepatuhan seseorang dapat dibagi menjadi :

1) Patuh

Suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah ataupun aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dengan benar.

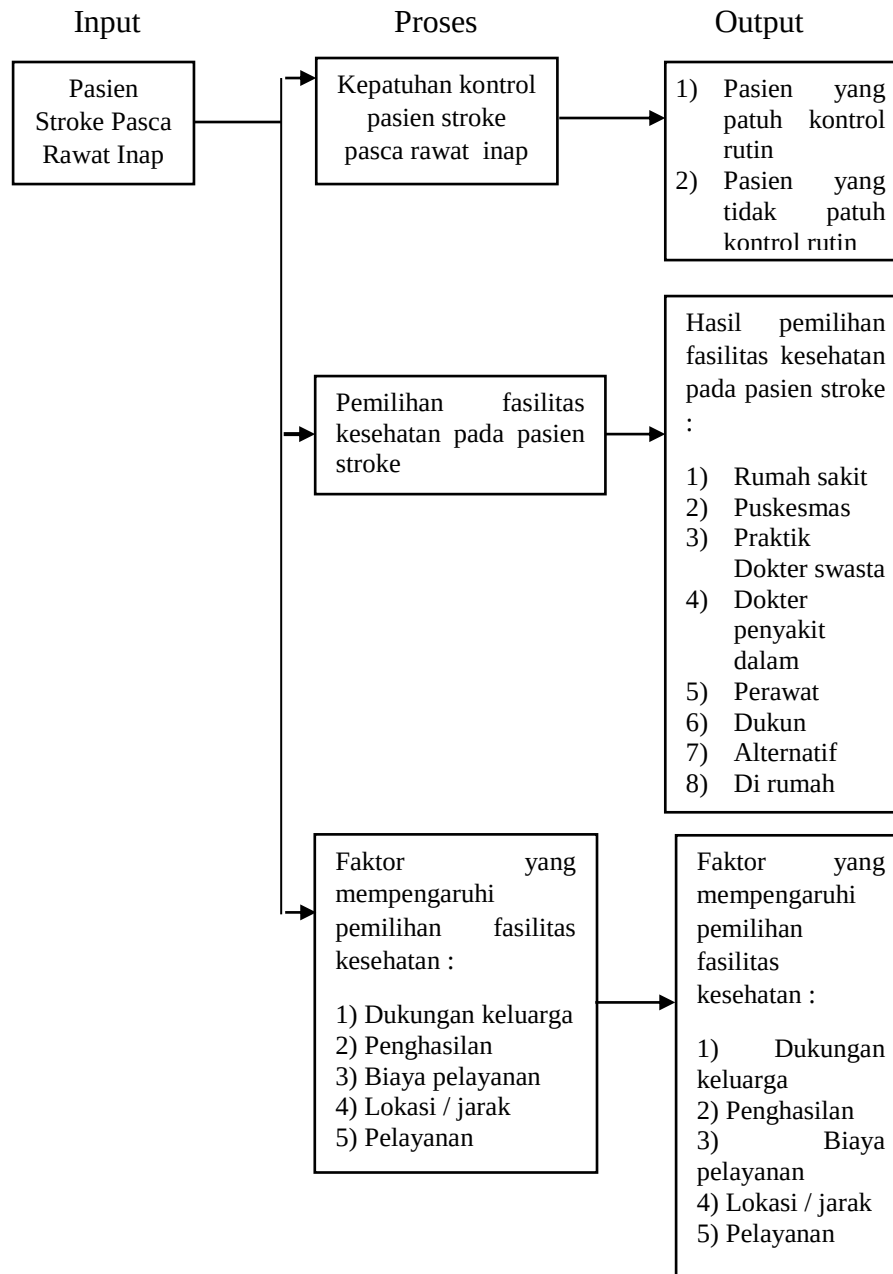
2) Kurang patuh

Suatu tindakan yang melaksanakan perintah ataupun aturan dan hanya sebagian aturan maupun perintah yang dilakukan dengan benar namun tidak sempurna.

3) Tidak patuh

Suatu tindakan yang mengabaikan aturan dan tidak melaksanakan perintah dengan benar.

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Kajian Tindak Lanjut Perawatan Pada Pasien Stroke Pasca Rawat Inap Di Wilayah Kerja Puskesmas Trenggalek (Sumber : Siyoto, S., Ali Sodik.2015)

Kesimpulan :

1. Hasil kepatuhan kontrol pasien stroke pasca rawat inap
2. Hasil pemilihan fasilitas kesehatan pada pasien stroke dan alasannya
3. Faktor yang mempengaruhi pasien memilih fasilitas kesehatan.