

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Iskemik

2.1.1 Definisi

Stroke iskemik merupakan salah satu penyakit akibat aterosklerosis yang pada akhirnya menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah di otak manusia. Defisit neurologis yang terjadi ketika pembuluh darah yang memasuki ke otak terhambat akibat dari deposit lemak yang melapisi dinding pembuluh darah, yang disebut aterosklerosis, yang dapat menyebabkan obstruksi yaitu trombotik serebral (Dwilaksono, 2023). Stroke iskemik adalah suatu kondisi medis yang terjadi ketika arteri yang mengalirkan oksigen ke otak mengalami penyempitan atau bahkan tersumbat, sehingga aliran darah ke otak berkurang secara drastis. Akibatnya, otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi, yang dapat merusak sel-sel otak. Stroke iskemik adalah jenis stroke yang paling umum, mencakup sekitar 87% dari seluruh kasus stroke (Siloam, 2025). Stroke iskemik terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah otak sehingga aliran darah, oksigen, dan nutrisi ke otak berkurang. Kondisi ini menyebabkan kerusakan sel otak dan menimbulkan gangguan fungsi saraf.

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Maria (2021), berdasarkan kronologis gejala klinisnya, Stroke iskemik dapat dibagi menjadi empat jenis yaitu:

- 1) Transient ischemic attack (TIA) adalah gangguan fungsi otak yang bersifat lokal, timbul secara mendadak, dan akan pulih dalam 24 jam
- 2) Reversible neurological deficit (gangguan neurologis sementara) adalah gangguan fungsi otak yang terjadi lebih dari 24 jam dan akan menghilang dalam waktu 3 minggu
- 3) Stroke in evolution (stroke progresif) adalah gangguan fungsi otak berlangsung perlahan semakin lama semakin berat
- 4) Completed stroke (stroke lengkap) adalah gangguan fungsi otak maksimal dan cenderung menetap sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan.

Sedangkan berdasarkan keadaan patologi stroke Iskemik dapat diklasifikasikan menjadi

- 1) Stroke trombotik adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu
- 2) Stroke emboli adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak

- 3) Hipoperfusi sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri
- 4) Stroke akibat penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar

2.1.3 Etiologi

Menurut Que (2023), etiologi atau penyebab stroke iskemik terdiri dari:

1) Thrombosis Cerebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat mengakibatkan iskemia serebral. 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 /hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.

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 oksigen dari jantung keseluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan menyempitnya atau pelebaran abnormal dari arteri-arteri tersebut, menyebabkan hilangnya nadi di lengan, tungkai, dan daerah-daerah lainnya.

d) Emboli

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat system arteri serebral. Kaeadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli :

- (1) Penyakit jantung reumatik.
- (2) Infark miokardium.
- (3) Fibrilasi dan keadaan aritmia : dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emblio cerebri.
- (4) Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endokardium.

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut Que (2023), ada beberapa faktor resiko terjadinya stroke yaitu :

1) Tekanan darah tinggi atau hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko yang sering terjadinya stroke. Hipertensi dapat menyebabkan gumpalan darah terbentuk di arteri menuju ke otak, sehingga menghalangi aliran darah yang dapat menjadi penyebab terjadinya stroke. Klien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, arterosklerosis atau arteri dapat pecah atau ruftur.

2) Penyakit jantung

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

3) Diabetes Melitus

Pada penyakit DM terjadi gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena hiperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatan dalam aliran darah ke otak.

4) Hiperkolesterol dan lemak

Kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Disamping itu hiperkolesterol dapat menimbulkan penyakit jantung koroner. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada klien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg %. Setiap kenaikan 38,7 mg % akan menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL 1 mmol (38,7mg %) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigiserid menaikkan jumlah terjadinya stroke. Pemberian obat-obat anti kolesterol jenis statin sangat menurunkan terjadinya stroke.

5) Obesitas dan kurang aktivitas

Obesitas dan kurang aktivitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolesterol, hipertensi dan penyakit jantung.

6) Usia

Makin bertambah usia resiko stroke makin tinggi, hal ini berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.

7) Ras dan keturunan

Stroke lebih sering ditemukan pada kulit putih.

8) Jenis Kelamin

Laki-laki mempunyai kecenderungan lebih tinggi.

9) Polisitemia

Kadar Hb yang tinggi (Hb lebih dari 16 mg/dl) menimbulkan darah menjadi lebih kental dengan demikian aliran darah ke otak lebih lambat.

10) Perokok

Rokok menimbulkan plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga terjadi aterosklerosis.

11) Alkohol

Pada alkoholik dapat mengalami hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia

12) Kontrasepsi oral dan terapi estrogen

Estrogen diyakini menyebabkan peningkatan pembekuan darah sehingga beresiko terjadinya stroke.

13) Riwayat transient iscemik attack (TIA)

TIA atau disebut juga mini stroke merupakan gangguan aliran darah otak sesaat yang bersifat reversible. Klien TIA merupakan tanda-tanda awal terjadinya stroke dan dapat berkembang menjadi stroke komplit sekitar 10-50%.

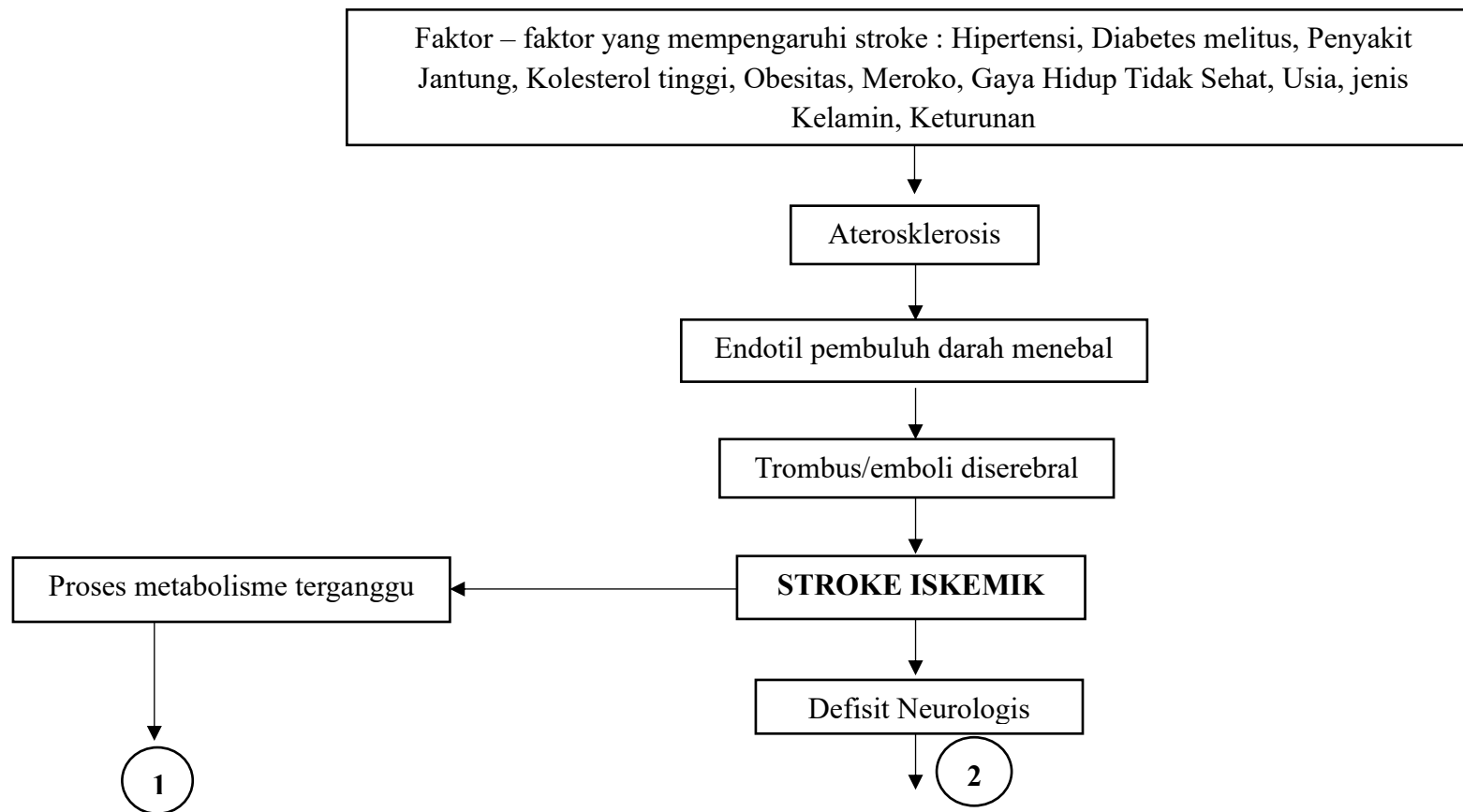
14) Penyempitan pembuluh darah karotis

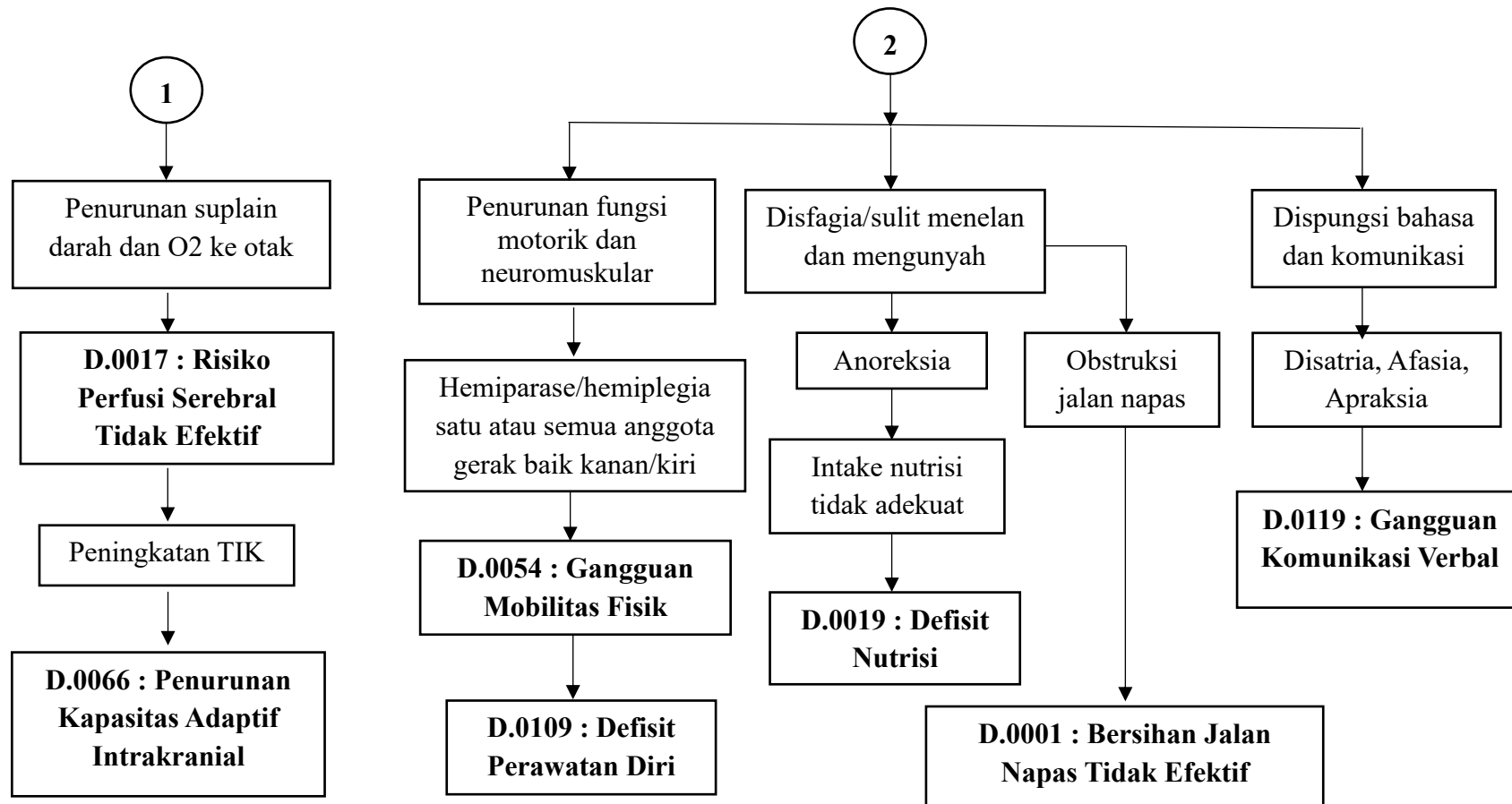
Pembuluh darah karotis berasal dari pembuluh darah jantung yang menuju ke otak dan dapat diraba pada leher. Penyempitan pembuluh darah kadang tidak ada gejala dan hanya diketahui dengan pemeriksaan penyempitan > 50% ditemukan pada 7%

klien laki-laki dan 5% pada perempuan pada umur diatas 65 tahun. Pemberian obat-obat aspirin dapat mengurangi insiden terjadinya stroke, namun pada beberapa klien dianjurkan dikerjakan carotid endarterectomi

2.1.5 Patofisiologi

1. Patway





Gambar 2. 1 Patofisiologi (Syamsudin, 2023)

2. Uraian

Stroke iskemik diawali oleh adanya berbagai faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, kebiasaan merokok, gaya hidup tidak sehat, usia, jenis kelamin, serta faktor keturunan. Faktor-faktor tersebut menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah yang memicu terjadinya aterosklerosis, yaitu penumpukan plak lemak pada dinding arteri. Aterosklerosis menyebabkan pembuluh darah menyempit dan kehilangan elastisitas sehingga aliran darah ke otak menjadi terganggu.

Penyempitan pembuluh darah yang berlangsung terus-menerus dapat memicu terbentuknya trombus serebral yang menempel pada dinding pembuluh darah. Trombus ini menyebabkan penyumbatan pembuluh darah otak sehingga suplai darah dan oksigen ke jaringan otak menurun. Kondisi hipoksia dan iskemia yang terjadi mengakibatkan kerusakan sel-sel otak dan memicu terjadinya stroke iskemik.

Akibat kerusakan jaringan otak, pasien mengalami defisit neurologis yang bermanifestasi dalam berbagai gangguan fungsi tubuh. Defisit tersebut meliputi gangguan motorik berupa kelemahan atau kelumpuhan yang menyebabkan gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri, gangguan menelan yang berisiko menimbulkan defisit nutrisi serta bersihan jalan napas tidak efektif, serta gangguan fungsi bahasa dan komunikasi seperti afasia, disartria, dan apraksia yang mengakibatkan gangguan komunikasi verbal.

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Syamsuddin (2023), manifestasi klinis/ tanda dan gejala stroke iskemik :

- 1) Gangguan pada pembuluh darah karotis
 - a) Sumbatan pada aliran darah menuju otak bagian tengah (Arteri Selebri Media)
 - (1) Gangguan rasa atau sensasi pada wajah disebagian sisi atau gangguan sensasi pada lengan kanan atau kiri
 - (2) Gangguan gerak, tidak dapat digerakan atau terasa kaku pada ekstermitas (Hemiparesis)
 - (3) Gangguan bicara, tidak dapat mengeluarkan kalimat (Afasia)
 - (4) Gangguan penglihatan, dapat berupa kabur (Hemianopsia)
 - (5) Mata selalu melihat ke satu sisi saja (Devaluation Conjuage)
 - (6) Penurunan kesadaran
 - (7) Daya ingat menurun (Propagnosia)
 - (8) Mulut menjadi mencong atau bicara pelo (Disatria)
 - (9) Separuh badan terasa mati rasa atau tidak dapat merasakan sensasi sentuhan

b) Sumbatan pada aliran darah menuju ke otak bagian depan
(Arteri Cerebri Anterior)

(1) Gangguan gerak atau kelumpuhan salah satu tungkai
dan sensasi peraba hilang.

(2) Tidak dapat menahan air kencing dan tidak sadar bila
telah buang air kecil.

(3) Pingsan secara mendadak.

(4) Sulit untuk mengungkapkan perasaan

c) Sumbatan pada aliran darah menuju otak bagian belakang
(arteri cerebri posterior)

(1) Sulit memahami yang dilihat

(2) Tidak dapat mengenal warna

(3) Kebutaan pada mata atau lapang pandang menyempit

(4) Terasa nyeri yang spontan

2) Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris

a) Gangguan gerak bola mata

b) Kedua kaki melemah dan tidak dapat berdiri

c) Serangan vertigo

d) Nistamus

e) Nausea, muntah dan gangguan menelan

f) Bicara sulit dimengerti

g) Kehilangan pendengaran mendadak.

2.1.7 Komplikasi

Menurut Kariasa (2022), komplikasi yang bisa terjadi karena stroke iskemik antara lain :

1) Edema otak

Edema otak terjadi karena adanya peningkatan suhu tubuh. Hal ini akan mempengaruhi sawar darah otak/Blood Brain Barrier (BBB) dengan cara meningkatkan permeabilitas BBB dan berakibat langsung terjadinya edema otak.

2) Pneumonia

Imunologi pada pasien stroke cenderung menurun, hal ini dikarenakan adanya pembersihan debris dan proses perbaikan yang melibatkan respon imunologik.

3) Infeksi saluran kemih atau inkontinensia/ retensi urine

Infeksi saluran kemih dapat terjadi karena pemasangan dari foley kateter yang digunakan untuk mengumpulkan urine pada pasien stroke, pada hal ini juga mempengaruhi terhadap kemampuan pasien untuk mengontrol fungsi kandung kemihnya.

4) Kejang

Aktivitas kelistrikan yang abnormal pada otak, hal ini dapat menyebabkan kejadian kejang pada pasien dengan stroke, hal ini umum dan sering terjadi pada pasien stroke.

5) Decubitus

Luka yang terjadi akibat dari tekanan bagian tubuh misalnya pinggul dan bokong, sendi kaki dan tumit, disebabkan penurunan kemampuan bergerak (imobilitas) pada pasien stroke.

6) Kekakuan sendi (kontraktur) dan atrofi otot

Hal ini dikarenakan kurangnya pergerakan sendi dan immobilisasi pada pasien stroke.

7) Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan yang sering terjadi pada pasien stroke yang menyebabkan reaksi emotional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Utami (2018), Pemeriksaan penunjang stroke yang dilakukan yaitu:

1. Pemeriksaan CT scan

CT scan menggunakan serangkaian sinar-X untuk membuat gambar detail dari otak. CT scan dapat menunjukkan perdarahan, tumor, stroke, dan kondisi lainnya. Dokter mungkin menyuntikkan pewarna ke aliran darah pasien untuk melihat pembuluh darah di leher dan otak secara lebih detail.

2. Pencitraan resonansi magnetik (MRI)

MRI menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk

menciptakan tampilan rinci otak. MRI dapat mendeteksi jaringan otak yang rusak oleh stroke iskemik dan pendarahan otak. Dokter akan menyuntikkan pewarna ke pembuluh darah untuk melihat arteri dan vena dan menyoroti aliran darah (magnetic resonance angiography atau resonansi magnetik venografi).

3. USG karotis

Dalam tes ini, gelombang suara menciptakan gambar terperinci dari bagian dalam arteri karotid di leher. Tes ini menunjukkan penumpukan deposit lemak (plak) dan aliran darah di arteri karotid.

4. Angiogram serebral

Dalam tes ini, dokter memasukkan tabung tipis (kateter) tipis melalui sayatan kecil (biasanya di pangkal paha), melalui arteri utama dan ke arteri karotid atau vertebral. Selanjutnya, dokter akan menyuntikkan pewarna ke pembuluh darah untuk membuatnya terlihat di bawah X-ray. Prosedur ini memberikan gambaran rinci tentang arteri di otak dan leher.

5. Ekokardiogram

Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk membuat gambar detail dari jantung. Ekokardiogram dapat menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke. Pasien mungkin akan menjalani ekokardiogramtransesofageal. Dalam tes ini, dokter

akan memasukkan tabung fleksibel dengan perangkat kecil.

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut Kusyanti (2022), penatalaksanaan stroke menurut antara lain:

1) Penatalaksanaan Umum

a) Pada fase akut

- (1) Terapi cairan, pada fase akut stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
- (2) Terapi oksigen, Klien stroke non hemoragik 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 analisa gas darah oksimetri.
- (3) Penatalaksanaan peningkatan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- (4) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah

(5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.

(6) Evaluasi status cairan dan elektrolit

(7) Kontrol kejang jika ada dengan anti konvulsan, dan cegah resiko injuri.

(8) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.

(9) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan anti koagulan.

(10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.

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 klien pulang

2) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 untuk dikompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-perionetal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.

3) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke

a) Stroke non hemoragik

(1) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (*recombinan tissueplasminogen*)

(2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfabeta, kaptopril antagonis kalsium pada klien dengan hipertensi.

b) Stroke hemoragik

(1) Anti hipertensi: katropil, antagonis kalsium

(2) Diuretik: manitol 20 % , furosmide

(3) Antikonfalsan: fenitoin

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik

2.2.1 Pengkajian

Menurut Sekunda (2020), Pengkajian merupakan Teknik pengumpulan data selama proses keperawatan dalam memperoleh informasi yang menunjang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.

1. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, Pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS (masuk rumah sakit), nomor register dan diagnose medis.

2. Riwayat Keperawatan

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 (Kusyani, 2022)

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Serangan stroke iskemik 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 sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator,

obat-obat adiktif, kegemukan (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien stroke iskemik biasanya memiliki Riwayat keluarga hipertensi, diabetes melitus (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2020)

3. Pengkajian Pola Kesehatan

a) Pola istirahat tidur

Pasien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, gelisah serta ketegangan pada otot, merasa mudah lelah, dan susah untuk beristirahat. Kondisi tersebut terjadi karena penurunan fungsi neuromuskular dan gangguan perfusi jaringan yang menyebabkan suplai oksigen ke otot berkurang sehingga aktivitas menjadi terbatas (Getudris, 2019).

b) Pola Eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

c) Pola Makan Minum

Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan

menurun, mual muntah, kehilangan sensasi rasa pada lidah, serta kesulitan menelan. Hal ini terjadi karena stroke dapat mengganggu fungsi saraf otak yang mengatur proses menelan, pengecapan, dan kerja saluran pencernaan. Gangguan tersebut menyebabkan pasien sulit menikmati makanan, mudah tersedak, dan asupan nutrisi menjadi berkurang (Que, 2023).

d) Kebersihan Diri atau Personal Hygiene

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise atau hemiplegi, mudah lelah. Oleh karena itu personal hygiene pasien kurang (Que, 2023).

e) Pola Kegiatan atau Aktivitas Lain

Pada pasien dengan stroke adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) (Kusyani, 2022).

4. Riwayat Psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien serta keluarga. (Harsono, 2003 dalam Tarwoto, 2013).

a) Konsep Diri

(1) Gambaran Diri/Citra Diri

Pasien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan

pasien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan (Griselda, 2023).

(2) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya.

(3) Harga Diri

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Arisdiani, 2019).

(4) Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

(5) Identitas Diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (Kusyani, 2022).

b) Pola Peran dan Hubungan dengan Orang Lain

Pasien stroke iskemik perubahan hubungan dan peran terjadi karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Kondisi ini disebabkan oleh adanya kerusakan pada bagian otak yang mengatur kemampuan berbicara dan memahami bahasa sehingga pasien sulit

menyampaikan keinginan, perasaan, atau berinteraksi dengan orang lain. Akibatnya, hubungan sosial pasien dapat terganggu dan peran pasien dalam keluarga maupun lingkungan dapat berubah (Kusyani, 2022).

c) Pola Seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan Stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine merupakan terjadinya penurunan pada gairah (Kusyani, 2022).

d) Pola Mekanisme Koping

Pasien mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. Kondisi ini terjadi akibat adanya kerusakan pada jaringan otak yang memengaruhi fungsi kognitif seperti berpikir, mengingat, memahami informasi, dan mengambil keputusan. Selain itu, gangguan komunikasi membuat pasien sulit menyampaikan pendapat atau memahami pembicaraan sehingga pasien tampak bingung dan kesulitan menyelesaikan masalah sehari-hari (Kusyani, 2022).

e) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Terdapat gangguan penglihatan atau kekaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat

penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Kusyani, 2022).

5. Data Spiritual

Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama pasien. Bagaimana aktifitas spiritual pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya.

6. Pemeriksaan Fisik

Menurut Zebua (2021), Pemeriksaan fisik pada pasien stroke iskemik sebagai berikut :

a) Keadaan Umum

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), sopor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat keadaran latergi dan composmentis dengan GCS 13-15 (Sulisstiawaty,2020).

Tabel 2. 1 Tingkat Kesadaran

Kesadaran dan tanda-tanda	Nilai
Composmentis : Orientasi penuh dapat menjawab pertanyaan dengan benar	14 -15
Apatis : keadaan klien segan untuk berhubungan keadaan sekitar, sikap acuh tak acuh	12-13
Delirium : Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor. Klien nampak gaduh gelisah, meronta-ronta	10-11
Samnolen : Keadaan klien yang selalu mau tidur, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri namun jatuh tidur kembali	7-9
Sopor : Keadaan klien mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri	4-6
Koma : Keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dengan rangsangan apaun tidak akan timbul.	3

Tabel 2. 2 penilaian GCS

Kriteria	Tingkatan	Skor
Membuka mata/eye evening (E)		
Membuka sebelum diberi stimumus	Spontan	4
Membuka sebelum diberi perintah suara	Terhadap suara	3
Membuka sebelum diberi stimulus pada ujung jari	Terhadap rangdangan nyeri	2
Tidak membuka sama sekali	Tidak ada respon	1
Respon verbal /verbal respon (V)		

Menyebut nama, tempat, dan tinggal	Orientasi baik	5
Orientasi tidak baik tetapi komunikasi jelas	Bingung	4
Kata-kata saja (berbicara tidak jelas)	Suara tidak dimengerti	3
Mengerang tanpa arti	Suara tidak jelas	2
Tidak ada suara yang terdengar	Tidak ada respon	1
Respon motorik/motor respon (M)		
Mengikuti perintah	Menuruti perintah	6
Menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Mengetahui Lokasi nyeri	5
Menghindari atau menarik exstremitas menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Reaksi menghindari nyeri	4
Melipat siku, Gerakan abnormal dominan	Fleksi abnormal	3
Esktremitas siku lengan	Ekstensi abnormal	2
Tidak ada Gerakan lengan/tungkai (tanpa factor pengalah)	Tidak ada respon	1

b) Tanda-tanda Vital

Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Susanti, 2022).

c) Pemeriksaan Kepala dan Leher

(1) Kepala dan Rambut

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Pada rambut biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien stroke iskemik. Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh yaitu nervus fasialis. (Sulistiawaty, 2020).

(2) Mata

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). Pada mata biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor (Sulistiawaty, 2020).

(3) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I) (Griselda, 2023).

(4) Telinga

Kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak, terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak (Kusyani, 2022).

(5) Mulut

Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir (Arnasya, 2023).

(6) Leher

Biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi (Kusyani, 2022).

d) Pemeriksaan Payudara dan Ketiak

Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada klien stroke (Griselda, 2023).

e) Pemeriksaan Dada

(1) Pemeriksaan Sistem Pernafasan

(a) Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest(bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung),frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan

- (b) Palpasi : Untuk menilai tactile fremitus
- (c) Perkusi : Untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.
- (d) Auskultasi: pada pasien dengan tingkat kesadaran Composmentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada pasien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapt bunyi nafas tambahan (Kusyani, 2022).

(2) Pemeriksaan Jantung

- (a) Inspeksi : ictus Cordis tidak Nampak
- (b) Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra
- (c) Perkusi : Suara jantung pekak
- (d) Auskultasi : Irama jantung reguler, terdengar suara jantung 1 dan 11, murmur atau gallop (Griselda, 2023).

f) Pemeriksaan Abdomen

- (1) Inspeksi : ada pernafasan perut (pernafasan diafragma)
- (2) Auskultasi : terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit).
- (3) Palpasi : tidak teraba massa, tidak nyeri tekan
- (4) Perkusi : Suarany tympani sampai hipertimpani, kadang terdapat kwmbung (Griselda, 2023).

g) Pemeriksaan Genetalia

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri, serta apakah dipasang alat dower cateter (DC) (Kusyani, 2022).

h) Pemeriksaan Ekstremitas

Biasanya didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Kusyani, 2022).

i) Pemeriksaan Integumen dan Kuku

Jika pasien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali > 2 detik). Disamping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bed rest (Kusyani, 2022).

j) Pemeriksaan Neurologi

(1) Syaraf Otak (Nervus Cranialis)

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

(a) Nervus I Olfaktorius : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, kadang ada yang bisa menyebutkan

bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman anantara kiri dan kanan berbeda.

- (b) Nervus II Optikus : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada pasien hemiplegia kiri. Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6 dan gangguan lapang pandang.
- (c) Nervus III Okulomotoris : diameter pupil 2mm/2mm, pasien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah.
- (d) Nervus IV Trochlearis : pasien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke atas.
- (e) Nervus V Trigemini : pasien mampu menggerakkan otot rahang.
- (f) Nervus VI Abduken : pasien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata memutar.
- (g) Nervus VII Fasialis : pasien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum.
- (h) Nervus VIII Vestibulococlearis : Dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- (i) Nervus IX Glosafaringeus : pasien tidak dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan

(j) Nervus X Vagus : kemampuan pasien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan.

(k) Nervus XI Asesorius : pasien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.

(l) Nervus XII Hipoglosu : pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat berbicara (Griselda, 2023).

(2) Fungsi Motorik dan Sensorik

Pada fungsi motorik dapat mengetahui kekuatan otot pada anggota gerak, terutama pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada fungsi sensorik pada sentuhan/raba kemampuan pasien untuk merasakan sentuhan pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada rasa pasien mampu atau tidaknya merasakan rasa yang diberikan. Pada bau pasien mampu tidaknya bau yang diberikan (Kusyani, 2022).

(3) Pemeriksaan Reflek

Refleks fisiologis, seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles dan reflek patologis, seperti refleksi plantar (Babinski) dan chaddock mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleksi fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleksi fisiologis akan muncul

kembali didahului dengan refleks patologis (Kusyani, 2022).

k) Pemeriksaan Penunjang

(1) Elektrokardiografi

(2) Laboratorium (kimia darah, fungsi ginjal, hematologi, hemostasis, gula darah, urinalisis, analisis gas darah, dan elektrolit)

(3) Foto toraks, untuk melihat adanya gambaran kardiomegali sebagai penanda adanya hipertensi untuk faktor risiko stroke

(4) CT scan/MRI (lihat Gambar 1): gambaran hipodens/hipointens didapatkan pada stroke iskemik dan hiperdens/hiperintens pada stroke hemoragik pada T1W1/.

(5) Transcranial doppler (TCD) dan doppler karotis. antara lain untuk melihat adanya penyumbatan dan patensi dinding pembuluh darah sebagai risiko stroke

(6) Analisis cairan serebrospinal jika diperlukan (Chiris, 2014).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah Kesehatan. Diagnosa berdasarkan SDKI :

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)

Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten

Penyebab :

Fisiologis

- a) Spasme jalan napas.
- b) Hipersekresi jalan napas.
- c) Disfungsi neuromuskuler.
- d) Benda asing dalam jalan napas.
- e) Adanya jalan napas buatan.
- f) Sekresi yang tertahan.
- g) Hiperplasia dinding jalan napas.
- h) Proses infeksi .
- i) Respon alergi.
- j) Efek agen farmakologis (mis. anastesi).

Situasional

- a) Merokok aktif.
- b) Merokok pasif.
- c) Terpajan polutan.

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2. 3 Gejala dan Tanda Mayor Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk. 3. Sputum berlebih. 4. Mengi, wheezing dan / atau ronkhi kering. 5. Mekonium di jalan nafas pada Neonatus.

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2. 4 Gejala dan Tanda Minor Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Subjektif	Objektif
1. Dipnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea	1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi napas menurun 4. Frekuensi napas berubah 5. Pola napas berubah

Kondisi Klinis Terkait

- a. Gullian barre syndrome
- b. Sklerosis multipel
- c. Myasthenia gravis
- d. Prosedur diagnostik (mis. Bronkoskopi, transesophageal

echocardiography (TEE)).

- e. Depresi sistem saraf pusat
- f. Cedera kepala
- g. Stroke
- h. Kuadriplegia
- i. Sindrom aspirasi mekonium
- j. Infeksi saluran napas

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

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Faktor Risiko :

- a) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium

- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala
- o) Hiperkolesteronemia
- p) Hipertensi
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom sick sinus
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi trombolik
- y) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Stroke

- b) Cedera kepala
- c) Aterosklerotik aortic
- d) Infark miokard akut
- e) Diseksi arteri
- f) Embolisme
- g) Endocarditis infeksi
- h) Fibrilasi atrium
- i) Hiperkolesterolemia
- j) Hipertensi
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravascular diseminata
- m) Miksoma atrium
- n) Neoplasma otak
- o) Segmen ventrikel kiri akinetic
- p) Sindrom sick sinus
- q) Stenosis carotid
- r) Stenosis mitral
- s) Hidrosefalus
- t) Infeksi otak (mis. Meningitis, ensefalitis, abses serebri)

3. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)

Definisi : Gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intracranial

Penyebab :

- a) Lesi menempati ruang (mis. space-occupying lesion – akibat tumor, abses)
- b) Gangguan metabolisme (mis. akibat hiponatremia, ensefalotapi uremik, ensefalopati hepatikum, ketoasidosis diabetik, septikemia)
- c) Edema serebral (mis. akibat cedera kepala [hematoma epidural, hematoma subdural, hematoma subarachnoid, hematoma intraserebral], stroke iskemik, stroke hemoragik, hipoksia, ensefalopati iskemik, pascaoperasi)
- d) Peningkatan tekanan vena (mis. akibat trombosis sinus vena serebral, gagal jantung, trombosis/obstruksi vena jugularis atau vena kava superior)
- e) Obstruksi aliran cairan serebrospinalis (mis. hidrosefalus)
- f) Hipertensi intrakranial idiopatik

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2. 5 Gejala dan Tanda Mayor Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

Subjektif	Objektif
Sakit kepala	1. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar 2. <u>Bradikardia</u> 3. Pola napas ireguler 4. Tingkat kesadaran menurun 5. Respon pupil melambat atau tidak sama 6. Refleks neurologis terganggu

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2. 6 Gejala dan Tanda Minor Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Gelisah 2. Agitasi 3. Muntah (tanpa disertai mual) 4. Tampak lesu/lemah 5. Fungsi kognitif terganggu 6. Tekanan intrakranial (TIK) >20mmHg 7. Papiledema 8. Postur debrasi (ektensi)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Cedera kepala
- b) Iskemik serebral
- c) Tumor serebral

- d) Hidrosefalus
- e) Hematoma kranial
- f) Pembentukan arteriovenous
- g) Edema vasegenik atau sitotoksik serebral
- h) Hiperemia
- i) Obstruksi aliran vena

4. **Gangguan Komunikasi Vebal (D. 0119)**

Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan system simbol

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- g) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan

konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).

- i) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2. 7 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Komunikasi Verbal

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2. 8 Gejala dan Tanda Minor Gangguan Komunikasi Verbal

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 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
 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
 15. Sulit menyusun kalimat
 16. Verbalisasi tidak tepat
 17. Sulit mengungkapkan kata-kata
 18. Disorientasi orang, ruang, waktu
 19. Defisit penglihatan
 20. Delusi
-

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera kepala
- c) Trauma wajah
- d) Peningkatan tekanan intrakranial
- e) Hipoksia kronis
- f) Tumor
- g) Miastenia gravis
- h) Sklerosis multipel
- i) Distropi muskuler
- j) Penyakit Alzheimer
- k) Kuadriplegia
- l) Labiopalatoskizis

- m) Infeksi laring
- n) Fraktur rahang
- o) Skizofrenia
- p) Delusi
- q) Paranoid
- r) Autisme

5. Defisit Nutrisi (D.0019)

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2. 9 Gejala dan Tanda Mayor Defisit Nutrisi

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2. 10 Gejala dan Tanda Minor Defisit Nutrisi

Subjektif	Objektif
1. Cepat kenyang setelah makan	1. Bising usus hiperaktif
2. Kram/nyeri abdomen	2. Otot penguyah lemah
3. Nafsu makan menurun	3. Otot menelan lemah
	4. Menbran mukosa pucat
	5. Sariawan
	6. Serum albumin turun
	7. Rambut rontok berlebihan
	8. Diare

Kondisi Klinis Terkait:

- a) Stroke
- b) Parkinson
- c) Mobius syndrome
- d) Cerebral palsy
- e) Cleft lip
- f) Cleft palate
- g) Amyotrophic lateral sclerosis
- h) Kerusakan neuromuskular
- i) Luka bakar
- j) Kanker
- k) Infeksi
- l) AIDS
- m) Penyakit Crohn's
- n) Enterocolitis

- o) Fibrosis kistik

6. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

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

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 muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil 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 sensoripersepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2. 11 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Mobilitas Fisik

Subjektif	Objektif
Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2. 12 Gejala dan Tanda Minor Gangguan Mobilitas Fisik

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

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Stroke
- b) Cedera medulla spinalis
- c) Trauma

- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomali
- g) Keganasan

7. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

- a) Gangguan muskuloskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/psikotik
- e) Penurunan motivasi/minat

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2. 13 Gejala dan Tanda Mayor Defisit Perawatan Diri

Subjektif	Objektif
Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian atau makan atau ke toilet atau berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Stroke

- b) Cedera mendula spinalis
- c) Depresi
- d) Arthritis rheumatoid
- e) Retardis mental

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan klien, hasil yang akan diharapkan, ws tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan klien secara spesifik (Kusyani, 2022). Berdasarkan diagnose di atas penulis membuat intervensi keperawatan menurut SDKI, SIKI dan SLKI (PPNI, 017). Perencanaan keperawatan dari diagnosa yang muncul mengenai penyakit Stroke Iskmik sebagai berikut :

Tabel 2. 14 Intervensi keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan bersihan jalan napas tidak efektif dengan kriteria hasil : (Bersihan Jalan Napas L. 01001) 1. batuk efektif meningkat 2. produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 5. Dispnea membaik 6. Ortopnea membaik 7. Sulit bicara membaik 8. Sianosis membaik	Manajemen Jalan Napas Buatan (I.01012) Observasi : 1. Monitor posisi selang endotrakeal (ETT), terutama setelah mengubah posisi 2. Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam 3. Monitor kulit area stoma trakeostomi (mis. Kemerahan, drainase, perdarahan) Terapeutik : 4. Pasang oropharyngeal airway (OPA) untuk mencegah ETT tergigit 5. Kurangi tekanan balon secara periodik tiap shift 6. Cegah ETT terlipat (kinking) 7. Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 kali ventilasi) sebelum dan setelah penghisapan 8. Berikan volume pre-oksigenasi (bagging atau ventilasi mekanik) 1,5 kali volume tidal 9. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan (bukan secara berkala/rutin) 10. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan (bukan secara berkala/rutin)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			11. Ganti fiksasi ETT setiap 24 jam 12. Ubah posisi ETT secara bergantian (kiri dan kanan) setiap 24 jam 13. Lakukan perawatan mulut (mis. dengan sikat gigi, kasa, pelembap bibir) 14. Lakukan perawatan stoma trakeostomi Edukasi 15. Jelaskan pasien dan/atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan napas buatan Kolaborasi 16. Kolaborasi Intubasi ulang jika terbentuk mucous plug yang tidak dapat dilakukan penghisapan
2.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan risiko perfusi serebral tidak efektif dengan kriteria hasil : (Perfusi Serebral L.02014) 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Tekanan intrakranial menurun 4. Sakit kepala menurun 5. Gelisah menurun	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		6. Kecemasan menurun 7. Agitasi menurun 8. Demam menurun 9. Kesadaran membaik 10. Tekanan darah sistolik membaik 11. Tekanan darah diastolik membaik 12. Reflek saraf membaik	6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pemapasan 11. Monitor intake dan output cairan 12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik 13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 14. Berikan posisi semi Fowler 15. Hindari manuver Valsava 16. Cegah terjadinya kejang 17. Hindari penggunaan PEEP 18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 19. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal 20. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 21. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, Jika perlu 22. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 23. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
3.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan penurunan kapasitas adaptif intracranial dengan kriteria hasil : (Kapasitas Adaptif Intrakranial L.06049) 1. Tingkat Kesadaran Meningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisa menurun 5. Agitasi menurun 6. Muntah menurun 7. Bradikaria membaik 8. Tekanan darah membaik 9. Tekanan nadi membaik 10. Pola napas membaik 11. Respon pupil membaik 12. Refleks neurologi membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) Observasi : 1. Identifikasi penyebab penigkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pemapasan 11. Monitor intake dan ouput calran 12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik 13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 14. Berikan posisi semi Fowler 15. Hindari manuver Valsava

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			16. Cegah terjadinya kejang 17. Hindari penggunaan PEEP 18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 19. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal 20. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 21. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, Jika perlu 22. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 23. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
4.	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal dengan kriteria hasil : (Komunikasi Verbal L.13118) 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Afasia menurun 6. Disfsia menurun	Promosi komunikasi deficit 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. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		7. Apraksia menurun 8. Disleksia menurun 9. Disatria menurun 10. Afonia menurun 11. Dislalia menurun 12. Pelo menurun 13. Gagap menurun 14. Respon perilaku membaik 15. Pemahaman komunikasi membaik	5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau tau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis 10. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
5.	Defisit Nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan defisit nutrisi dengan kriteria hasil : (Status Nutrisi L.03030) 1. Porsi makanan dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 8. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 9. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 10. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 11. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 12. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 13. Berikan suplemen makanan, jika perlu 14. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			15. Anjurkan posisi duduk, jika mampu, 16. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
6.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dengan kriteria hasil : (Mobilitas Fisik L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan ambulasi (L.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
7.	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan Defisit perawatan diri dengan kriteria hasil : (Perawatan Diri L.11103) 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbelisasi keinginan meningkat 6. Melakukan perawatan diri meningkat 7. Minat dilakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapinya, status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan sesuai rencana keperawatan yang telah ditentukan (Tussyadiah, 2023).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam suatu proses keperawatan. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Kusyani, 2022).

Hasil yang diharapkan pada evaluasi klien stroke iskemik meliputi:

- 1) Mencapai peningkatan mobilisasi
 - a) Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur dan footdrop
 - b) Berpartisipasi dalam program latihan
 - c) Mencapai keseimbangan saat duduk
 - d) Penggunaan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegia
- 2) Dapat merawat diri dalam bentuk perawatan kebersihan dan menggunakan adaptasi terhadap alat-alat
- 3) Pembuangan isi kandung kemih dapat diatur
- 4) Berpartisipasi dalam program meningkatkan kognisi

- 5) Adanya peningkatan komunikasi
 - a) Anggota keluarga memperlihatkan tingkah laku yang positif dan menggunakan mekanisme koping
 - b) Tidak terjadi komplikasi
- 6) Tekanan darah dan kecepatan jantung dalam batas normal untuk klien
- 7) Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP, yaitu :

S : Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O : Data obyektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnose keperawatan

A : Analisis dan diagnose

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