

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

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

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

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

bangun tidur yang dapat mengakibatkan kematian karena penyumbatan pembuluh.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

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

1) Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Stroke *Hemoragik*

Pecahnya pembuluh darah otak pada subarahnoid 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 – Hemoragic*

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

(1) 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.

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

a) TIA (*Transien Iskemik Attack*)

Serangan sepintas 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.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Muttaqin, 2008) 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 diri penurunan tekanan darah

yang dapat mengakibatkan iskemia serebral. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis pada 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 ke seluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan menyempitnya atau pelebaran abnormal dari arteri – arteri tersebut, menyebabkan hilangnya nadi di lengan, tungkai, dan daerah – daerah lainnya.

2) 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. Keadaan – keadaan yang dapat menimbulkan emboli adalah :

a) Penyakit jantung reumatik

- b) Infark miokardum
- c) Fibrilasi dan keadaan aritmia : dapat membentuk gumpalan – gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri.
- d) Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endokardium.

2.1.4 Manifestasi Klinis

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

1) TIA (Transient Ischemic Attack)

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

2) RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit)

Gejala timbul lebih dari 24 jam

3) Progressing stroke atau stroke in evolution

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

4) Sudah menetap atau permanen

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

- a) Kelumpuhan wajah atau anggota wajah sebelah (*hemiparesis*) atau hemiplegia (*paralysis*) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat *kontralateral* artinya jika

terjadi kerusakan pada *hemisfer* kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot velunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan *ekstensi* maupun *fleksi*.

b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

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

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

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

d) *Afasia* (Kesulitan dalam berbicara)

Afasia merupakan defisit pada kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Pembagian afasia ada 3 bagian yaitu:

(1) *Afasia* motorik sensorik

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

(2) *Afasia Sensorik*

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

(3) *Afasia Global*

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

e) *Disartia* (Bicara cedal atau pelo)

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

f) Gangguan penglihatan, *diplopia*

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

Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

g) *Disfagia*

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

h) *Inkontinensia*

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

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

Hal ini terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial, edema.

2.1.5 Faktor Resiko

Faktor resiko yang dapat menyebabkan Stroke Iskemik antara lain:

- 1) Tekanan darah tinggi atau hipertensi merupakan faktor resiko yang sering terjadinya stroke. Sekitar 50%-70% kasus stroke disebabkan karena hipertensi. Penurunan diastole 5-6 MmHg dan systole 10-12 MmHg selama 2-3 tahun akan menurunkan resiko stroke antara 4,5-7% (Anthony Rudd,2002) dalam (Tarwoto, 2013). Pasien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, arterosklerosis atau arteri dapat pecah atau ruftur (Tarwoto, 2013).

- 2) Penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik (Tarwoto, 2013). Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko stroke seperti adanya kerusakan coroner jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung, kelainan katup jantung, yang mengarah pada penurunan kardiak out put, peningkatan kerja jantung, dan penurunan perfusi serebral (Hariyanto, 2015).
- 3) Diabetes Melitus terjadi gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena diperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatan dalam aliran darah ke otak (Tarwoto, 2013). Tinggi kadar gula dalam darah 23 juga dapat mengakibatkan hambatan aliran darah ke otak (Hariyanto, 2015).
- 4) Hiperkolesterol dan Lemak Kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Disamping itu hiperkolesterol dapat menimbulkan penyakit jantung coroner. Penelitian menunjukkan angka stroke meingkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg %. Setiap kenaikan 38,7 mg % akan menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL 1 mmol (38,7 mg %) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47 %. Demikian 14 juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke, pemberian obat-obat anti kolesterol jenis statin sangat menurunkan terjadinya stroke (Tarwoto, 2013).

- 5) Obesitas dan kurang aktivitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolesterol, hipertensi dan penyakit jantung (Tarwoto, 2013).
- 6) Usia Semakin bertambah usia , risiko stroke semakin tinggi karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah (Hariyanto, 2015).
- 7) Polisitemia Kadar HB yang lebih tinggi lebih dari 16 mg/dl dalam hubungannya dengan kekentalan darah dapat memperlambat aliran darah ke otak (Hariyanto, 2015).
- 8) Perokok dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah akibat kandungan nikotin yang mendukung terjadinya aterosklerosis (Hariyanto, 2015).
- 9) Alkohol Pada alkoholik dapat mengalami hipertensi karena sifat alcohol mengikat air, memperberat kerja jantung, dan hipertensi penurunan aliran darah ke otak (Hariyanto, 2015).
- 10) Kontrasepsi oral dan terapi estrogen Estrogen menyebabkan peningkatan pembekuan darah sehingga beresiko terjadinya stroke (Tarwoto, 2013).

2.1.6 Komplikasi

Menurut (Tarwoto, 2013), komplikasi dari Stroke Iskemik yaitu :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Karena perdarahan pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Hipoksia jaringan otak akan terjadi

karena tidak adekuatnya aliran darah. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema Serebri

Jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik terjadilah edema dimana tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran peningkatan tekanan kranial 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 akut lanjut

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

- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang tidak adekuat.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang untuk pasien Stroke menurut (Tarwoto, 2013) yaitu meliputi :

1) Radiologi

- a) *Computerized Tomografi (CTScan)*: Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur, dan sistem ventrikuler otak.
- b) *Magnetik Resonance (MRI)*: Pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.
- c) *Angiografi Serebral* : Pemeriksaan yang digunakan untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
- d) *Elektro Encephalografi*: Pemeriksaan yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah di dasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- e) Sinar X Tengkorak : Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada trombosis serebral.
- f) Fungsi Lumbal : Pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan adanya tekanan normal. Jika tekanan meningkat dan cairan

mengandung darah menunjukkan perdarahan subarachnoid atau perdarahan intrakranial.

g) Elektro Kardigram : Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab.

2) Laboratorium

a) Lumbal Fungsi : Pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (Xantkhrom) sewaktu hari pertama.

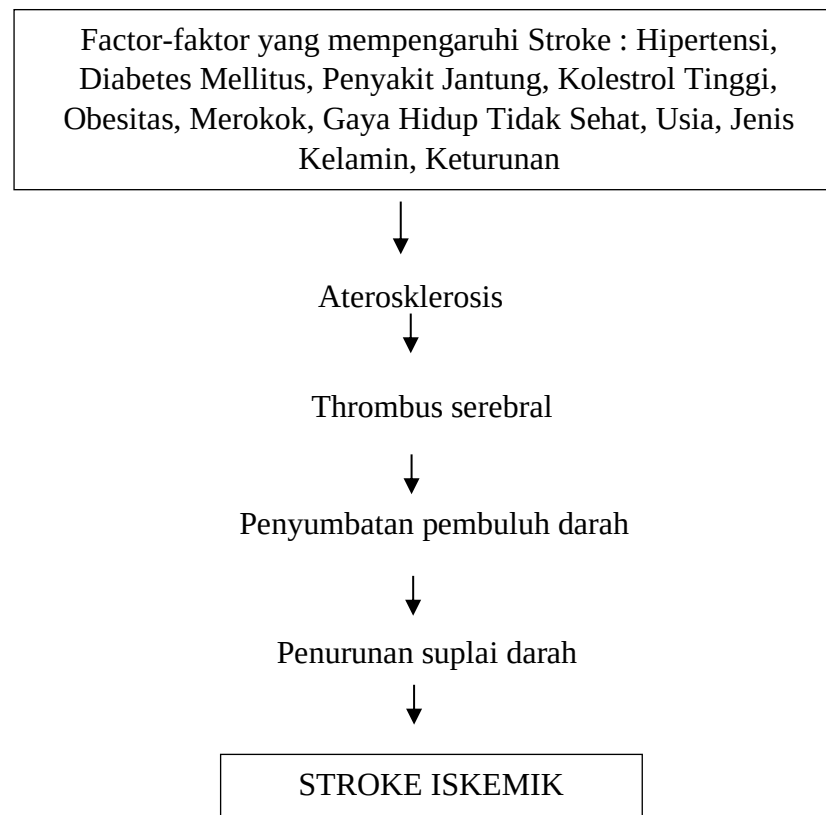
b) Pemeriksaan darah rutin : Glukosa, elektrolit, ureum kreatin.

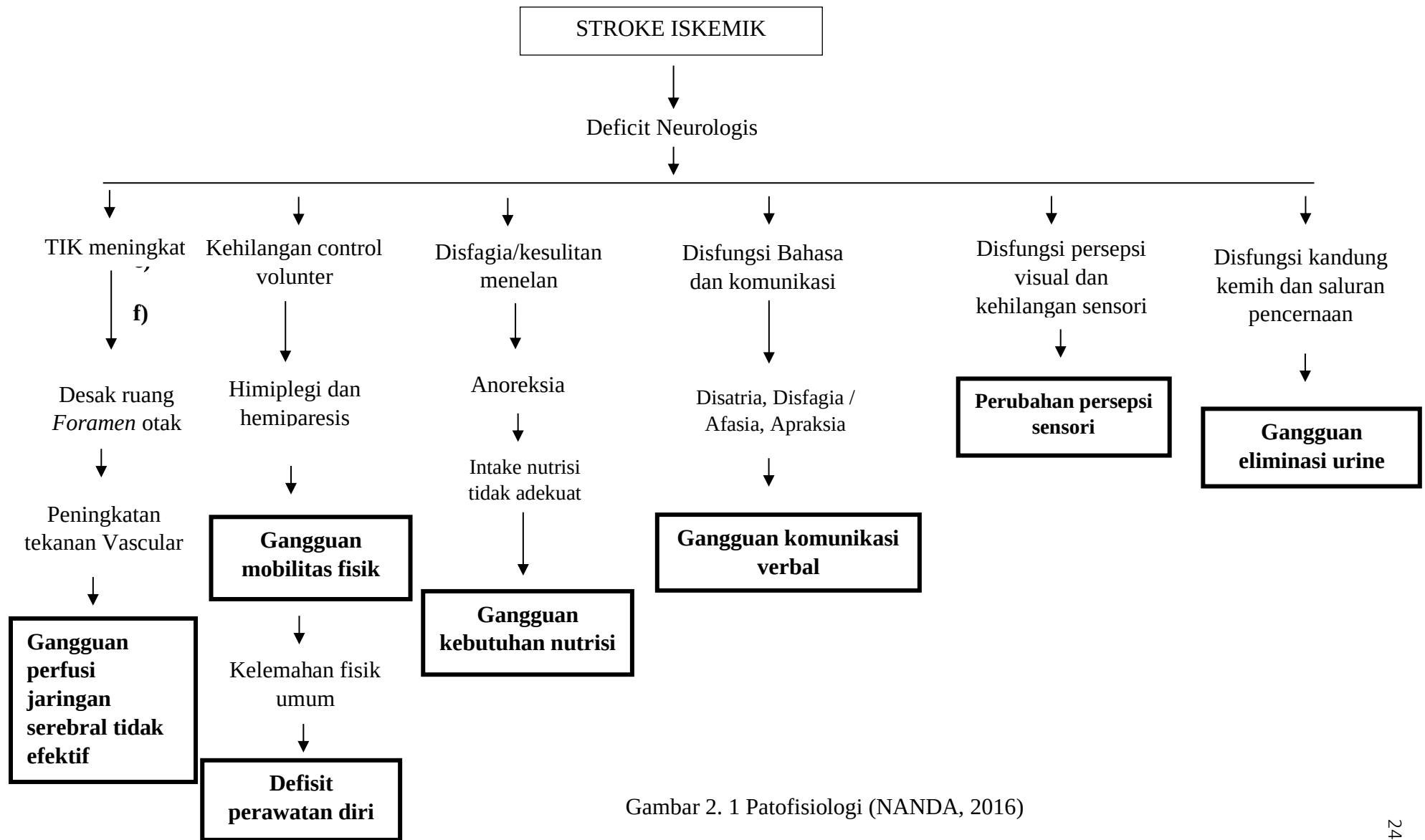
c) Pemeriksaan kimia darah : Pada Stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur angsur turun kembali.

d) Pemeriksaan darah lengkap : Untuk mencari kelaianan pada darah itu sendiri.

2.1.8 Patofisiologi Stroke Iskemik

1) Skema





2) Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. Faktor terjadinya Stroke 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) hal ini menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul masalah keperawatan **gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif**. 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 sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan, ataupun kaki menimbulkan masalah keperawatan **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah keperawatan **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi

komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah keperawatan **gangguan komunikasi verbal**. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan masalah keperawatan **gangguan perubahan 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 fonger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut (Tarwoto, 2013), penatalaksanaan stroke di rumah sakit terbagi atas :

1) Penatalaksanaan Umum

a) Pada fase akut (Golden Periode selama 3 jam)

- (1) Terapi cairan, pada fase akut stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan dapat mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.

- (2) Terapi Oksigen, pasien stroke iskemik 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 atau oksimetri.
- (3) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)
Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control 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 pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (8) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (9) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan.
- (10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik nervus cranial dan reflex.

b) Pada fase rehabilitasi

- (1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- (2) Program manajemen bladder dan power.
- (3) Mempertimbangkan keseimbangan tubuh.
- (4) Rentang gerak sendi (ROM).
- (5) Pertahankan integritas kulit.
- (6) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- (7) Pemenuhan kebutuhan sehari – hari.
- (8) Persiapan pasien pulang.

c) Fase rehabilitasi pasca stroke

(1) Terapi fisik

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

(2) Okupulasi terapi

Pasien dengan stroke dapat mengalami gejala sisa seperti kelumpuhan yang menetap. Dengan gangguan fungsi tubuh maka terganggu aktivitasnya dan dapat kehilangan pekerjaan. Oleh karena itu terapi kerja atau okupasional terpa sangna

dibutuhkan untuk menggali potensi pasien dan melatih sesuai dengan kondisi pasien.

(3) Speech terapi

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

(4) Pembedahan

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

(5) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke :

(a) Stroke Iskemik

1. Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissue-plasminogen).
2. Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

(b) Stroke hemoragik

1. Antihipertensi : kaptopril dan antagonis kalsium

2. Diuretik : manitol 20% dan furosemide

3. Antikonvulsan : fenitoin

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien agar dapat mengidentifikasi masalah – masalah yang di alami klien, mental, sosial dan lingkungan (Supratti & Ashriady, 2018).

1) Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis (Tarwoto, 2013).

b) Keluhan utama

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

c) Riwayat penyakit sekarang

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

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Muttaqin, 2008).

e) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes melitus (Tarwoto, 2013).

f) Pola – pola fungsi kesehatan

(1) Pola pemenuhan nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah (Muttaqin, 2008)

(2) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Muttaqin, 2008)

(3) Pola aktivitas dan latihan

Pada klien dengan Stroke Iskemik adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (Dongoes, 2000).

(4) Pola Tidur dan Istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot / nyeri otot (Dongoes, 2000).

(5) Pola Hubungan Peran

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

(6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

(7) Pola Sensori dan Kognitif

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

(8) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi dan antogonis histamine.

2) Riwayat psikososial

a) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien, dan koma merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari *composmentis*, *apatis*, *latergi*, *delirium*, *sumnolen* dan nilai

GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata (1- 4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6) (Tarwoto, 2013).

b) Pola Interaksi dan Komunikasi

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

c) Orientasi

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

d) Memori

Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulangnya. Tes memori jangka pendek berupa *verbal* dan *visual*. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien (Tarwoto, 2013).

e) Suasana Hati dan Mood

Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sebaliknya (Tarwoto, 2013).

3) Pemeriksaan fisik

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

b) Tanda – tanda vital : Tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas pada sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh (Tarwoto, 2013).

c) Pemeriksaan Kepala dan Leher

(1) Kepala

Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, *alopesia*, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma, yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

(2) Wajah

Terdapat hemiparesis / hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan (Tarwoto, 2013).

(3) Mata

Biasanya *konjungtiva* pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi *paralisis* pada sisi *otot okularis* yang sakit (Tarwoto, 2013).

(4) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung

(5) Telinga

Biasanya daun pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga) (Tarwoto, 2013).

(6) Mulut dan Faring

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

(7) Pemeriksaan Leher

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

d) Pemeriksaan Thorax

(1) Paru – Paru

Bentuk *thoraks* biasanya normal atau adalah kelainan seperti *pigeon chest* (bentuk dada burung), *funnel chest* (bentuk dada cekung), *barrel chest* (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah *bronchial*, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah *bronkovesikuler*, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar *ronchi*, *wheezing* ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto, 2013).

(2) Jantung

Suara jantung pada pasien biasanya normal (pekak). Biasanya ictus cordis teraba, suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi "lub", suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi "dub" dan suara jantung tambahan (S3 dan S4), Jika terdengar bunyi S3

berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung (Tarwoto, 2013).

e) Pemeriksaan Abdomen

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

f) Pemeriksaan Integumen

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

g) Pemeriksaan Ekstremitas

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

h) Pemeriksaan Genetalia

Pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) (Dongoes E & Marilyn 2000).

i) Pemeriksaan Neurologi

(1) Refleksi

(a) Reflek fisiologis

1. Reflek bisep tanda abnormal : jika tidak terjadi reflek pada siku, bisa terjadi pada salah satu sisi tubuh

ekstremitas kanan maupun kiri.

2. Reflek trisep tanda abnormal : jika tidak terjadi ekstensi lengan bawah pada sendi siku.
3. Reflek patella tanda abnormal : tidak terjadi ekstensi tungkai bawah.

(b) Reflek patologis

1. Reflek babinsky abnormal : jika ditemukan dorsofleksi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya.
2. Reflek chaddock abnormal : pengembangan jari-jari kaki, dan ibu jari terjadi dorso fleksi.
3. Reflek Gordon abnormal : pengembangan pada jari-jari kaki dan ibu jari terjadi dorso fleksi.

(2) Saraf kranial

- (a) Nervus 1 *Olfactorius*: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- (b) Nervus 2 *Optikus*: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang
- (c) Nervus 3 *Okulomotorius*: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

- (d) Nervus 4 *Troclearis*: Kelainan berupa paralisis nervus troclearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- (e) Nervus 5 *Trigeminus*: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.
- (f) Nervus 6 *Abdusen*: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.
- (g) Nervus 7 *Fasialis*: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- (h) Nervus 8 *Vestibulococlearis*: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).

- (i) Nervus 9 *Glosfaringikus* dan Nervus 10 *Vagus*:
Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru- paru.
- (j) Nervus 11 *Assesorius*: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapeziuz) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapeziuz dan otot sterokleidomastoideus terganggu.
- (k) Nervus 12 *Hipoglosus*: Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah

tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

j) Pemeriksaan Penunjang

- (1) Hasil rontgen kepala dan medula spinalis.
- (2) EEG (*Electro Encephalogram*)
- (3) Pemeriksaan foto thorax : untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.
- (4) Lumbal fungsi : pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada peredaran yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Penyebab :

- a) Keabnormalan masa protombin 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) Hipertensi
- p) Hiperkolesteronemia
- 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 trombolitik

y) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*)

2) Ganggaun mobilitas fisik (D.0054)

Definisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-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 persepsi

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2. 2 Tanda dan Gejala Minor

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

3) 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/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi/minat

Tabel 2.3 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.4 Tanda dan Gejala Minor

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

4) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Definisi : Disfungsi eliminasi urin

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) Ketidak mampuan mengakses toilet
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengakses toilet
- i) Hambatan lingkungan
- j) Ketidakmampuan mengkomunikaasikan kebutuhan eliminasi
- k) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- l) Imaturitas

Tabel 2.5 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
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) Enuresis	

Tabel 2.6 Tanda dan Gejala Minor

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

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Definisi

Penyebab :

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

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

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

6) 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 nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)\
- f) Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan)

Tabel 2.9 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.10 Tanda dan Gejala Minor

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

7) Gangguan Komunikasi Verbal

Definisi Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem 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, krikotiroidotomi)
- 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)

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

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
-

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, 2009). Menurut Standar Intervensi Indonesia, intervensi dari diagnose stroke iskemik diatas adalah : intervensi keperawatan menurut (SIKI, 2018):

1) Diagnosa 1 : Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, peningkatan tekanan intrakranial, infark serebral (D.0017).

Kriteria hasil :

- a) Tingkat kesadaran: meningkat
- b) Kognitif: meningkat
- c) Sakit kepala: menurun
- d) Gelisah: menurun
- e) Kecemasan: menurun
- f) Tekanan arteri rata-rata: membaik
- g) Tekanan intrakranial: membaik
- h) Tekanan darah sistolik: membaik
- i) Tekanan darah diastolik: membaik

j) Refleks saraf: membaik

Tabel 2. 2 Intervensi gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif

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

2) Diagnosa 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054).

Kriteria hasil:

- a) Pergerakan ekstremitas: meningkat
- b) Kekuatan otot: meningkat
- c) Rentang gerak (ROM): meningkat
- d) Kelemahan fisik: menurun

Tabel 2. 3 Tabel Intervensi gangguan mobilitas fisik

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

3) Diagnosa 3 : Defisit perawatan diri: makan, mandi, dan berpakaian
berhubungan dengan kelemahan anggota gerak (D.0109)

Kriteria hasil:

- a) Kemampuan mandi: meningkat
- b) Kemampuan makan: meningkat
- c) Kemampuan mengenakan pakaian: meningkat
- d) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK): meningkat
- e) Minat melakukan perawatan diri: meningkat

Tabel 2. 4 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri (I.11348)	Obsevasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien
1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien
2) Monitor tingkat kemandirian	

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

4) Diagnosa 4 : Gangguan eliminasi urine: inkontinensia fungsional berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040).

Kriteria hasil:

- a) Sensasi berkemih: meningkat
- b) Desakan berkemih (urgensi): menurun
- c) Distensi kandung kemih: menurun
- d) Berkemih tidak tuntas (hesitancy): menurun
- e) Nokturia: menurun
- f) Mengompol: menurun
- g) Frekuensi BAK: membaik
- h) Karakteristik urine: membaik

Tabel 2. 5 Tabel Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen eliminasi urine (I.04152)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine	2) Untuk mengetahui faktor penyebab utama retensi atau inkontinensia urine dan memberikan penanganan yang sesuai
2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine	3) Untuk mengetahui output urine
3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)	Terapeutik
Terapeutik	1) Untuk mengetahui waktu terakhir klien berkemih
1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih	2) Minum yang berlebihan dapat menyebabkan semakin penuh urine di kandung kemih
2) Batasi asupan cairan, jika perlu	3) Untuk mengetahui kandungan yang ada dalam urine klien
3) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur	Edukasi
Edukasi	1) Klien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi saluran kemih
1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih	2) Klien dan keluarga mengerti cara mengukur asupan cairan dan haluaran urine
2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine	3) Klien dan keluarga mengerti cara mengambil sampel urine tengah
3) Ajarkan mengambil specimen urine midstream	4) Agar klien dapat berkemih pada waktu yang tepat
4) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih	5) Agar klien mengetahui cara penguatan otot-otot panggul
5) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan	6) Untuk memfasilitasi kebutuhan cairan klien
6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi	7) Agar pola tidur klien tidak terganggu
7) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur	Kolaborasi
Kolaborasi	1) Untuk menunjang kesembuhan klien
1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	

5) **Diagnosa 5** : Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan

ketidakmampuan menghidu dan melihat (D.0085)

Kriteria hasil:

- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan: menurun
- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman: menurun
- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap: menurun

- d) Distorsi sensori: menurun
- e) Menarik diri: menurun
- f) Melamun: menurun
- g) Respons sesuai stimulus: membaik
- h) Konsentrasi: membaik
- i) Orientasi: membaik

Tabel 2. 6 Tabel Intervensi Gangguan Persepsi Sensori

Rencana Tindakan	Rasional
Minimalisasi rangsangan (I.08241)	Observasi:
Observasi:	1) Untuk mengetahui faktor yang meningkatkan rangsangan sensori
1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. Nyeri, kelelahan)	Terapeutik:
Terapeutik:	1) Dengan berdiskusi dapat mengetahui beban sensori yang dialami
1) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. Bising, terlalu terang)	2) Dengan membatasi stimulus lingkungan dapat meminimalisir rasa tidak nyaman
2) Batasi stimulus lingkungan (mis. Cahaya, suara, aktivitas)	3) Dilakukan agar klien memiliki aktivitas terjadwal sehingga gangguan rangsangan sensori dapat diminalkan
3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat	4) Untuk memberikan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan klien
4) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan	Edukasi:
Edukasi:	1) Dilakukan untuk memberikan lingkungan yang nyaman dan meminimalkan stimulus
1) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)	Kolaborasi:
Kolaborasi:	1) Untuk mengurangi atau meminimalisasi rangsangan
1) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan	2) Dilakukan jika klien tidak mampu meminimalkan stimulus yang ada, sehingga diberikan terapi medik
2) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	

6) Diagnosa 6 : Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0032).

Kriteria hasil:

- a) Porsi makanan yang dihabiskan: meningkat

- b) Kekuatan otot pengunyah: meningkat
- c) Kekuatan otot menelan: meningkat
- d) Nyeri abdomen: menurun
- e) Berat badan: membaik
- f) Indeks Massa Tubuh: membaik
- g) Frekuensi makan: membaik
- h) Nafsu makan: membaik

Tabel 2. 7 Tabel Intervensi Defisit Nutrisi

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen Nutrisi (I.03119)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui status nutrisi klien
1) Identifikasi status nutrisi	2) Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan klien
2) Identifikasi makanan yang disukai	3) Mencukupi kalori sesuai kebutuhan klien dapat membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi
3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient	4) Feeding adalah memberikan cairan nutrisi ke dalam lambung klien yang tidak mampu menelan. Membantu pemberian makanan atau obat-obatan kepada klien yang dalam keadaan lemah atau tidak sadar
4) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric	5) Anoreksia dan kelemahan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang serius
5) Monitor asupan makanan	6) Membantu dalam identifikasi malnutrisi protein-kalori klien. Khususnya bila berat badan kurang dari normal
6) Monitor berat badan	Terapeutik
Terapeutik	1) Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan
1) Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan	2) Karena status gizi seseorang menunjukkan seberapa besar kebutuhan fisiologis individu tersebut telah terpenuhi. Keseimbangan nutrisi antara yang masuk dan yang
2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)	
3) Berikan makanan tinggi serat, protein, dan kalori	
Edukasi	
1) Ajarkan diet yang diprogramkan	
Kolaborasi	
1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	

	dibutuhkan untuk kesehatan optimal sangatlah penting.
3)	Untuk memenuhi kebutuhan protein yang hilang dan membantu meringankan kerja hepar dalam memproduksi protein
Edukasi	
1)	Meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien
Kolaborasi	
1)	Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien dilakukan oleh tenaga profesional yang tepat.

7) Diagnosa 7 : Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)

Kriteria hasil:

- a) Kemampuan berbicara: meningkat
- b) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh: meningkat
- c) Kontak mata: meningkat
- d) Afasia: menurun
- e) Disfasia: menurun
- f) Apraksia: menurun
- g) Disatria: menurun
- h) Pelo: menurun

Tabel 2. 8 Tabel Intervensi Gangguan Komunikasi Verbal

Rencana Tindakan		Rasional
Promosi komunikasi: Defisit bicara	Observasi	1) Untuk mengetahui tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara

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

2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Rofifah Ninda, 2019).

2.2.5 Evaluasi

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

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

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

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