

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Pengetahuan tiap orang akan berbeda-beda tergantung dari bagaimana pengindraannya masing-masing terhadap objek atau sesuatu (Notoatmodjo, 2018). Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan bidang yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau *open behaviour* (Donsu, 2017).

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas yang berbeda-beda. Secara garis besar terdapat 6 tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2018), yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu atau *know* merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Pengetahuan yang dimiliki baru sebatas berupa mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembaliterhadap suatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipelajari. Kemampuan pengetahuan pada tingkatan ini adalah seperti menguraikan, menyebutkan, mendefinisikan, menyatakan. Contoh tahapan ini antara lain: menyebutkan definisi pengetahuan,

menyebutkan definisi rekam medis, atau menguraikan tanda dan gejala suatu penyakit.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menginterpretasikan materi secara benar dan menjelaskan tentang objek yang diketahui. Seseorang yang telah faham tentang pelajaran atau materi yang telah diberikan dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan menginterpretasikan objek atau sesuatu yang telah dipelajarinya tersebut. Contohnya dapat menjelaskan tentang pentingnya dokumentasi bagi seorang perawat.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajarinya pada situasi kondisi nyata atau sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau pengguna metode, teknik, dan prinsip dalam konteks maupun situasi lain. Misalnya, melakukan *assembling* (merakit) dokumentasi keperawatan atau melakukan kegiatan pelayanan.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menguraikan atau menjabarkan suatu objek atau materi ke dalam komponen-komponen yang masih ada kaitannya satu dengan yang lain. Kemampuan analisis yang dimiliki seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), memisahkan dan mengelompokkan, membedakan atau membandingkan

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan yang dimiliki oleh seseorang dalam mengaitkan berbagai elemen atau unsur pengetahuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam suatu keseluruhan yang baru, seperti dapat menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada. Kemampuan sintesis ini seperti menyusun, merencanakan, mengkategorikan, mendesain, dan menciptakan. Contohnya membuat desain *form survei* kesehatan masyarakat.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek atau materi yang ada. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang telah ada. Evaluasi dapat digambarkan sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang sangat diperlukan untuk membuat alternatif keputusan.

2.1.3 Cara Menperoleh Pengetahuan

Kerlinger dalam Wibowo (2014) mengutarakan empat cara untuk memperoleh pengetahuan :

- a. Metode keteguhan (*Method of tenacity*), yaitu berpegang teguh pada pendapat yang sudah diyakini kebenarannya sejak lama.
- b. Metode otoritas (*Method of authority*), yaitu merujuk pada pernyataan para ahli atau yang memiliki otoritas.
- c. Metode Intuisi (*Method of intuition*), yaitu berdasarkan keyakinan yang kebenarannya dianggap terbukti dengan

sendirinya atau tidak perlu pembuktian lagi.

- d. Metode Ilmiah (*Method of science*), yaitu berdasarkan kaidah keilmuan, sehingga walaupun dilakukan oleh orang yang berbeda-beda namun dapat menghasilkan kesimpulan yang sama.

Sedangkan Notoatmodjo dalam N. A. Imas Masturoh (2018 : 4) membagi ke dalam 2 bagian besar cara untuk memperoleh pengetahuan yaitu :

- 1) Cara Non Ilmiah atau Tradisional

Cara yang biasa dilakukan oleh manusia saat sebelum ditemukan cara dengan metode ilmiah. Cara ini dilakukan oleh manusia pada zaman dulu kala dalam rangka memecahkan masalah termasuk dalam menemukan teori atau pengetahuan baru. Cara-cara tersebut yaitu melalui: cara coba salah (*trial and error*), secara kebetulan, cara kekuasaan atau otoritas, pengalaman pribadi, cara akal sehat, kebenaran melalui wahyu, kebenaran secara intuitif, melalui jalan pikiran, induksi dan deduksi.

- 2) Cara Ilmiah atau Modern

Cara ilmiah ini dilakukan melalui cara-cara yang sistematis, logis dan ilmiah dalam bentuk metode penelitian. Penelitian dilaksanakan melalui uji coba terlebih dahulu sehingga instrumen yang digunakan valid dan reliabel dan hasil penelitiannya dapat digeneralisasikan pada populasi. Kebenaran atau pengetahuan yang diperoleh betul-betul dapat

dipertanggungjawabkan karena telah melalui serangkaian proses yang ilmiah.

2.1.4 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo dalam N. A. Imas Masturoh (2018: 5) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

a. Faktor Internal

1) Usia

Usia dapat mempengaruhi pola pikir dan daya tangkap seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula pola pikir dan daya tangkapnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik dan meningkat.

2) Intelegensi

Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berfikir secara abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar seseorang. Sehingga perbedaan intelegensi seseorang akan berpengaruh pula terhadap tingkat pengetahuan.

3) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi pada masa lalu.

4) Minat

Minat sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

b. Faktor Eksternal

1) Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam maupun di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan dapat menentukan mudah atau tidaknya seseorang memahami pengetahuan yang diperoleh. Umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut menerima informasi.

2) Media Massa (Sumber Informasi)

Media massa digunakan sebagai sarana komunikasi dengan berbagai bentuk seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain yang memiliki pengaruh besar terhadap pembentukan kepercayaan dan opini seseorang. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan nonformal maupun formal dapat memberikan pengaruh terhadap peningkatan ataupun perubahan pengetahuan

3) Pekerjaan

Umumnya semua bidang pekerjaan memerlukan adanya hubungan sosial yang baik agar dapat menjadikan seseorang memperoleh pengetahuan dan pengalaman baik secara langsung

maupun tidak langsung

4) Sosial Budaya

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh sosial budaya. Suatu kebudayaan dapat diperoleh dari hubungan seseorang dengan orang lain. Dalam hubungan ini, seseorang mengalami suatu proses pembelajaran dan memperoleh pengetahuan.

5) Lingkungan

Pengaruh pertama bagi seseorang adalah lingkungan. Seseorang dapat mempelajari hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompok dalam lingkungannya. Dalam lingkungan, seseorang akan memperoleh pengalaman yang berpengaruh pada cara berpikirnya.

2.1.5 Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Nursalam (2015) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a. Pengetahuan Baik : 76% - 100%
- b. Pengetahuan Cukup : 56% - 75%
- c. Pengetahuan Kurang : < 56%

2.2 Konsep Dasar Stroke

2.2.1 Definisi Stroke

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) atau stroke menurut *World Health Organization* (WHO) adalah suatu keadaan dimana

ditemukan tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. CVA atau stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan (Kemenkes RI, 2019).

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Awan H, 2015). Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak pecah atau mengalami penyumbatan. Akibatnya sebagian otak tidak mendapatkan suplay oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaring

2.2.2 Klasifikasi Stroke

a. Klasifikasi stroke berdasarkan keadaan patologis menurut Tarwoto (2014) antara lain :

1) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Stroke Hemoragik di golongan menjadi 2 jenis :

a) Perdarahan Intraserbral

Pecahnya pembuluh darah mengakibatkan darah

masuk ke dalam jaringan sehingga menyebabkan sel-sel otak mati dan berdampak pada kerja otak berhenti. Penyebab paling umum dari perdarahan intraserebra adalah hipertensi.

b) Perdarahan *Subarachnoid*

Perdarahan yang terjadi di dekat permukaan otak dan tulang tengkorak.

2) Stroke *Non Hemoragik*

Stroke *Non Hemoragik* atau iskemik adalah stroke yang paling sering terjadi. Stroke ini terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan berhentinya aliran darah ke otak. Sumbatan tersebut disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah ke otak. Faktor yang mempengaruhi terjadinya hambatan aliran darah ke otak :

a) Trombosis

Pembentukan gumpalan diarteri yang menyebabkan tersumbatnya aliran darah ke otak

b) Emboli

Bekuan darah yang dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak

c) Hipoperfusi Sistemik

Karena adanya gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang

2.2.3 Etiologi

Menurut (Smeltzer dan Bare (2002) stroke disebabkan oleh :

a. Trombosis

Ateriosklerosis serebral merupakan penyebab utama trombosis serebral dan merupakan penyebab terbanyak terjadinya serangan stroke. Adanya sumbatan akan menghambat aliran darah ke bagian distal, terjadi hipoperfusi, hipoksia, terganggunya nutrisi selular dan akhirnya menimbulkan stroke.

b. Embolisme serebral

Bekuan darah yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat bagian arteri serebral tengah yang merusak sirkulasi serebral.

c. Iskemia

Penurunan aliran darah ke area otak, terutama karena konstriksi aterosklerosis pada arteri yang mensuplai darah ke otak.

d. Hemoragik serebral

Pecahnya pembuluh darah serebral dan menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragik akan mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor (tidak responsive).

Akibat dari 4 kejadian tersebut, suplai darah ke otak akan mengalami penghentian, yang menyebabkan kehilangannya

fungsi dari otak seperti gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi secara sementara maupun permanen

2.2.4 Faktor Resiko

Menurut (Handayani et al., 2019) Ada beberapa faktor resiko yang menyebabkan stroke dan yang bisa diubah antara lain :

- a. Tekanan darah tinggi
- b. Penyakit diabetes atau kencing manis
- c. Penyakit jantung coroner
- d. Alkohol
- e. Kolesterol tinggi
- f. Kebiasaan merokok
- g. Obesitas/kegemukan
- h. Kelainan pembekuan darah
- i. Riwayat trauma kepala, nyeri kepala dan penurunan kesadaran
- j. Riwayat keluarga dengan stroke

2.2.5 Manifestasi Klinis

Gejala paling umum dari stroke adalah kelemahan mendadak atau mati rasa pada wajah, lengan dan kaki, dan yang paling sering terjadi pada satu bagian sisi tubuh . Adapun juga beberapa gejala lain yang terjadi pada penderita stroke menurut (Hisni et al., 2022), Antara lain :

- a. Kebingungan
- b. Kesulitan dalam berbicara atau memahami pembicaraan

- c. Kesulitan melihat dengan satu mata atau kedua mata dan bisa juga matanya menjadi buram
- d. Merasa pusing dan pingsan sehingga tidak menyadarkan diri
- e. Kesulitan untuk berjalan
- f. Terasa kesemutan adanya sensasi geli atau mati rasa yang bersamaan dengan perasaan seperti tertusuk jarum
- g. Kepala terasa sakit parah tanpa diketahui penyebabnya
- h. Kehilangan keseimbangan atau koordinasi

Meskipun tanda-gejala diatas dapat terjadi sebagai gejala tunggal (*isolated*), namun lebih sering terjadi sebagai kombinasi. Tidak ada tanda khas riwayat untuk membedakan stroke iskemik dengan stroke hemoragik, namun karena efek *space-occupying lesion* yang akut dari stroke hemoragik, pada stroke hemoragik sering ditemukan gejala mual, muntah, nyeri kepala dan penurunan kesadaran. Stroke pada pasien usia muda harus ditelusuri informasi mengenai riwayat trauma kepala, koagulopati, penggunaan zat-obat (seperti kokain), nyeri kepala migraine atau penggunaan kontrasepsi oral (Budianto et al.,2021)

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

- a. MRI (*Magnetic Resonance imaging*) menunjukkan daerah yang mengalami infark dan hemoragik.
- b. CT Scan (*Computerized Tomografi Scanning*): mengetahui

area infark, edema, hematoma, dan struktur otak

- c. EEG (*Elektro Encephalografi*): mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- d. *Angiografi Serebral*: mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau rupture.
- e. ECG (*Elektro Kardiogram*): mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke.
- f. Pemeriksaan darah lengkap: Hb, Leukosit, trombosit, LED, dan eritrosit. (Awan H, 2015)

2.2.7 Deteksi Dini Stroke di Masyarakat

Ada hal yang diperhatikan untuk mencegah stroke salah satunya adalah mengendalikan factor resikonya. Yang tidak kalah penting dan sangat berperan dalam pencegahan penyakit stroke adalah dengan deteksi dini untuk mengenali tanda serangan awal stroke dengan menggunakan metode FAST, yaitu sebagai berikut :

a. Face (wajah)

Mintalah orang yang dicurigai mengalami stroke untuk tersenyum, perhatikan apakah wajahnya tampak tidak simetris.

b. Arms (lengan)

Mintalah orang yang dicurigai mengalami stroke untuk mengangkat kedua lengan lurus ke depan dan menahanya untuk beberapa detik. Apakah klien hanya dapat mengangkat satu lengan saja, apabila klien dapat mengangkat kedua lengannya,

apakah salah satu lengan terlihat turun.

c. Speech (bicara)

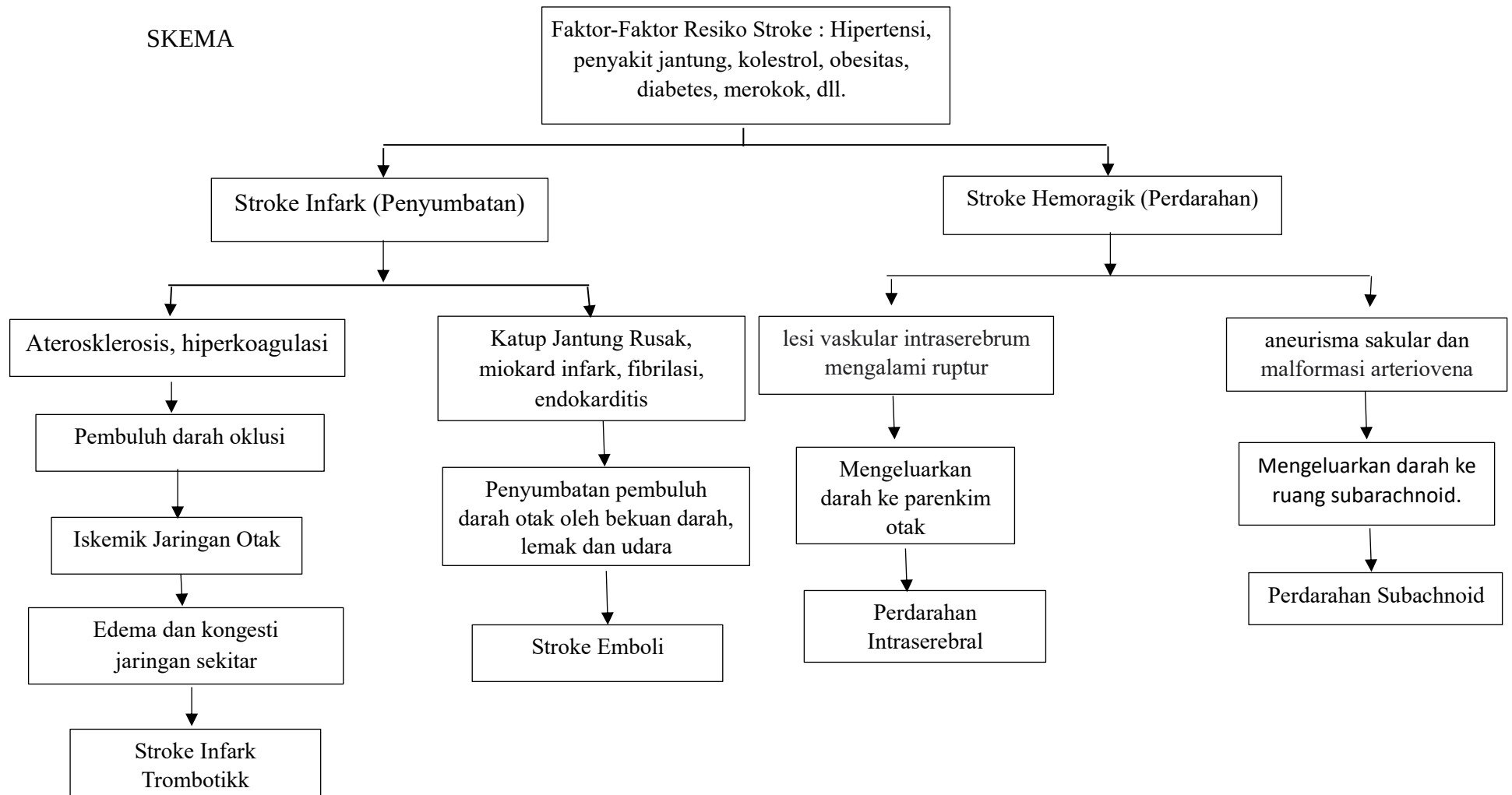
Mintalah orang yang dicurigai stroke untuk mengulang beberapa kalimat. Apakah dia mampu untuk berbicara jelas atau terdengar pelo atau cadel. Akan lebih jelas bila kalimat yang diucapkan mengandung banyak konsonan huruf “R”. 18

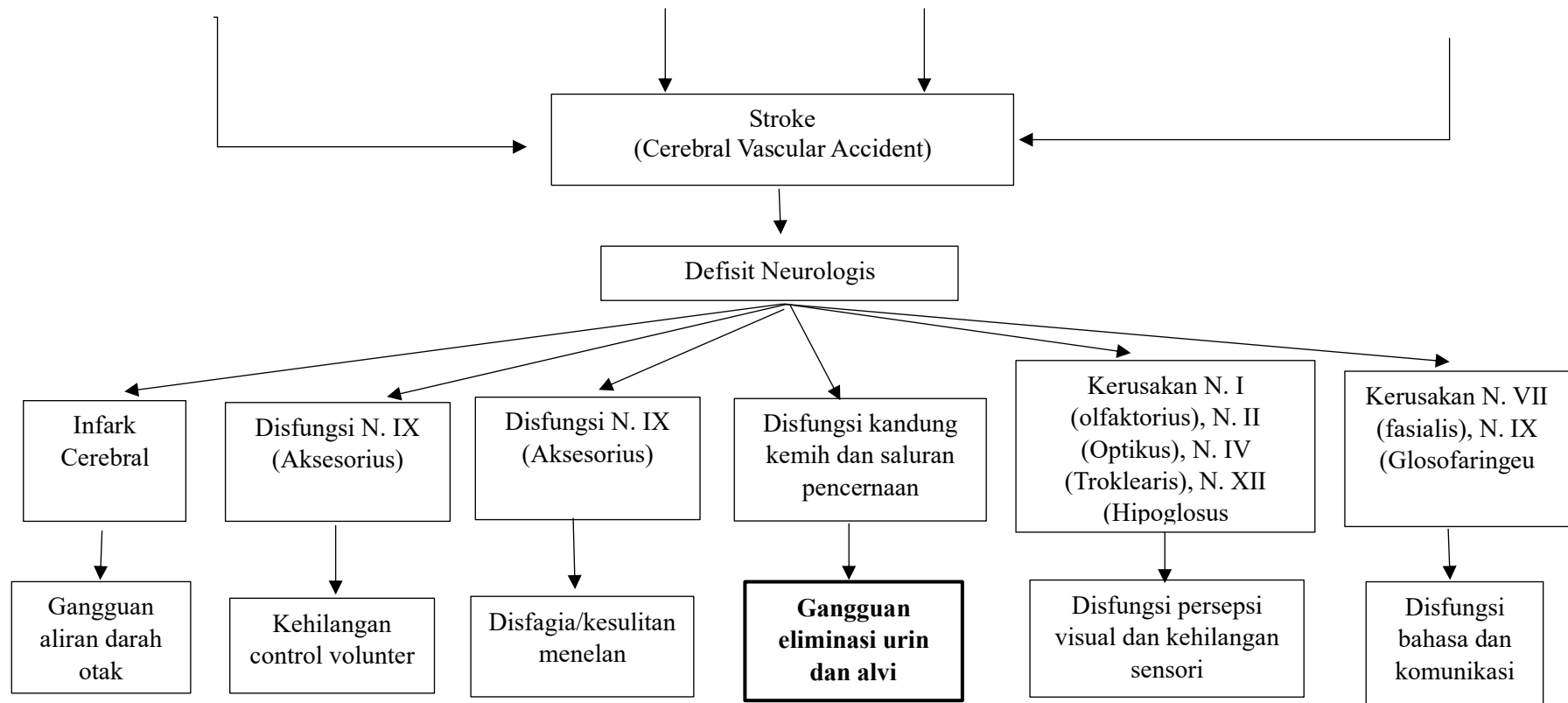
d. Time (waktu)

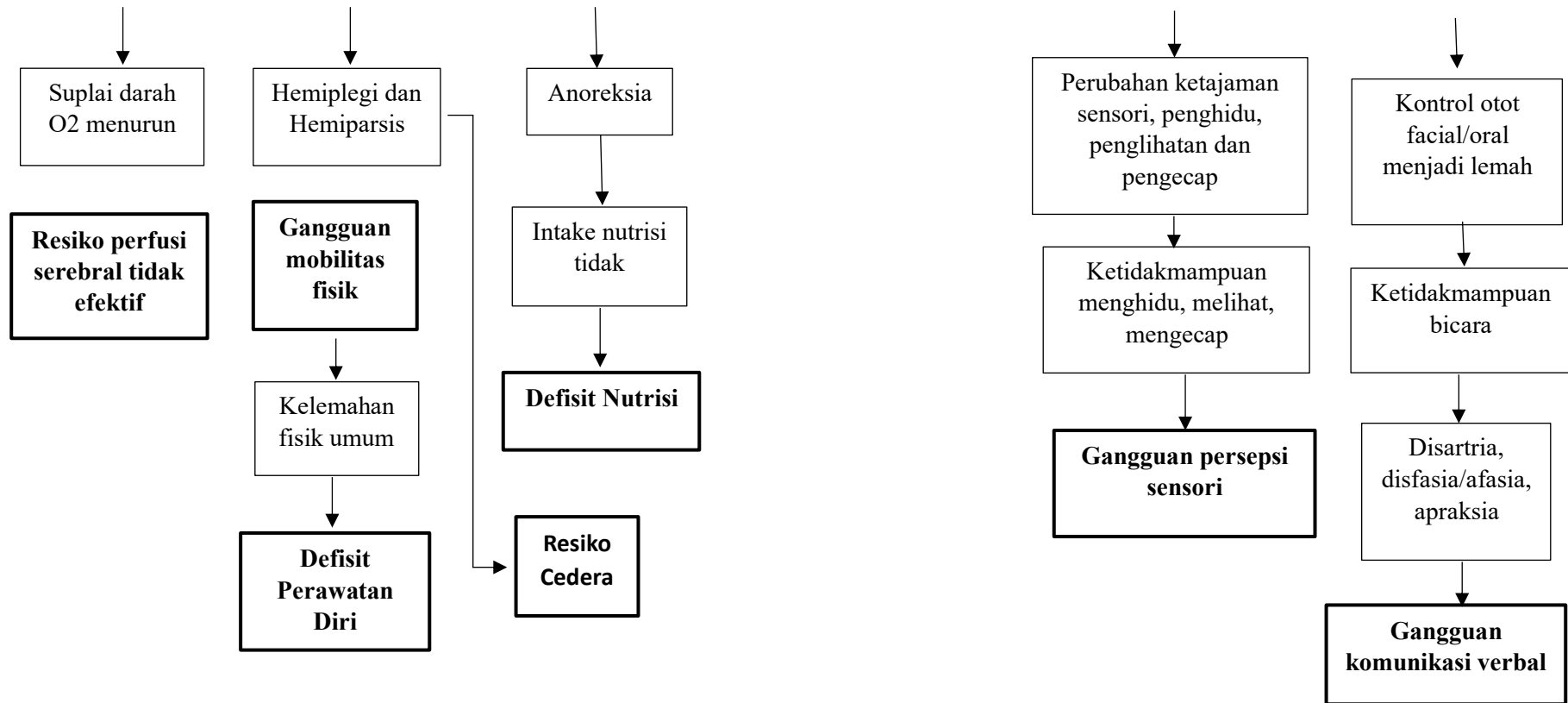
Seperti disebutkan sebelumnya, Time is Brain setiap detik sangat berharga. Bila ditemukan salah satu gejala diatas segera hubungi atau langsung bawa pasien ke rumah sakit terdekat yang memiliki fasilitas penanganan stroke terpadu (Eka Hospital,2010).

2.2.8 Patofisiologi

SKEMA







Gambar 2.1 Skema Patofisiologi Stroke
Sumber : (Price, S. A., & Wilson, L. M., 2015).

URAIAN

Faktor-faktor resiko penyebab stroke diantaranya adalah hipertensi, penyakit jantung, kolestrol, obesitas, diabetes, merokok, alcohol dll. Klasifikasi stroke berdasarkan kategori yang menyebabkan stroke adalah iskemia-infark dan perdarahan intrakranium. Penyakit serebrovaskular iskemik dibagi menjadi dua kategori besar yaitu oklusi trombotik dan oklusi embolik. Iskemia serebrum disebabkan oleh berkurangnya aliran darah yang berlangsung selama beberapa detik sampai beberapa menit, apabila melebihi beberapa menit, maka terjadi infark jaringan otak. Sedangkan untuk perdarahan intrakranium dapat terjadi di jaringan otak itu sendiri (ruang parenkim), ruang subaraknoid. Sebagian besar perdarahan intraserebrum berkaitan dengan hipertensi. Perdarahan subaraknoid biasanya terjadi akibat aneurisma sakular atau yang lebih jarang suatu malformasi arteriovenal, hubungan abnormal antara arteri dan vena, biasanya di otak atau tulang belakang.

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulus Willis. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke arah tersebut. Proses patologik yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarai otak. Patologinya dapat berupa keadaan penyakit pada

pembuluh itu sendiri, seperti pada aterosklerosis dan thrombosis, robeknya dinding pembuluh atau peradangan, berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, gangguan aliran darah akibat bekuan embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium, rupture vascular di dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

Stroke iskemik terjadi akibat obstruksi atau bekuan yang terbentuk didalam suatu pembuluh otak. Pada trombus vaskular distal, bekuan dapat terlepas, atau mungkin terbentuk di dalam suatu organ seperti jantung, dan kemudian dibawa melalui sistem arteri ke otak sebagai suatu embolus. Terdapat beragam penyebab stroke trombotik dan embolik primer, termasuk aterosklerosis arteritis, keadaan hiperkoagulasi, dan penyakit jantung struktural. Namun, trombosis yang menjadi penyulit aterosklerosis merupakan penyebab pada sebagian besar kasus stroke trombotik, dan embolus dari pembuluh besar atau jantung merupakan penyebab tersering stroke embolik. Sumbatan aliran di arteria karotis interna sering merupakan penyebab stroke pada orang berusia lanjut, yang sering mengalami pembentukan plak aterosklerotik di pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan atau stenosis. Penyebab lain stroke iskemik adalah vasospasme, yang sering merupakan respons vaskular reaktif terhadap perdarahan ke dalam ruang antara lapisan araknoid dan piamater meningen. Sebagian besar stroke iskemik tidak menimbulkan nyeri, karena jaringan otak tidak peka terhadap nyeri. Namun, pembuluh besar di leher dan batang otak memiliki banyak reseptor nyeri, dan cedera pada pembuluh-pembuluh ini saat serangan iskemik dapat menimbulkan nyeri kepala. Dengan

demikian, pada pasien dengan stroke iskemik disertai gambaran klinis berupa nyeri kepala perlu dilakukan uji diagnostik yang dapat mendeteksi cedera seperti aneurisma disekans di pembuluh leher dan batang otak. Stroke hemoragik, yang merupakan sekitar 15% sampai 20% dari semua stroke, dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Sebagian dari lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subaraknoid (PSA) adalah aneurisma sakular dan malformasi arteriovena (MAV). Mekanisme lain pada stroke hemoragik adalah pemakaian kokain atau amfetamin, karena zat-zat ini dapat menyebabkan hipertensi berat dan perdarahan intraserebrum atau subaraknoid. Perdarahan dapat dengan cepat menimbulkan gejala neurologik karena tekanan pada struktur-struktur saraf di dalam tengkorak. Iskemia adalah konsekuensi sekunder dari perdarahan baik yang spontan maupun traumatik. Mekanisme terjadinya iskemia tersebut ada dua: (1) tekanan pada pembuluh darah akibat ekstrasvasi darah ke dalam tengkorak yang volumenya tetap dan (2) vasospasme reaktif pembuluh-pembuluh darah yang terpajan ke darah bebas di dalam ruang antara lapisan araknoid dan pia mater meningen. Biasanya stroke hemoragik secara cepat menyebabkan kerusakan fungsi otak dan kehilangan kesadaran. Namun, apabila perdarahan berlangsung lambat, pasien kemungkinan besar mengalami nyeri kepala hebat, yang merupakan skenario khas perdarahan subaraknoid (PSA). Tindakan pencegahan utama untuk perdarahan otak adalah mencegah cedera kepala dan mengendalikan tekanan darah.

Kita perlu mengetahui bahwa stroke adalah suatu kedaruratan medis, karena intervensi dini dapat menghentikan bahkan memulihkan kerusakan pada neuron akibat gangguan perfusi. Tanda utama stroke adalah munculnya secara mendadak satu atau lebih defisit neurologic fokal. Diantaranya infark serebral yang menyebabkan metabolisme dalam otak terganggu dan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak menurun sehingga muncul masalah resiko perfusi serebral tidak efektif

Terjadinya disfungsi N.XI (Aksesoris) pada daerah ekstremitas yang mengakibatkan kehilangan kontrol volunter atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Kelemahan pada ekstermitas dapat menyebabkan terjadinya resiko cedera pada pasien. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah defisit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (*Activity of Daily Living*). Kelemahan kontrol fasial/wajah yang disebabkan oleh rusaknya N. VII (Fasialis), N. IX (Glossofaringeus) dapat berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, disfasia/afasia, disartria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah gangguan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga bisa terjadi pada N. I (Olfaktorius), N. II (Optikus), N.IV (Troklearis), N.XII (Hipoglossus) berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan ataupun pengecap mengakibatkan gangguan persepsi sensori.

Penurunan fungsi N.X (Vagus), N.IX (Glossofaringeus) pada saluran

pencernaan atas dapat mengakibatkan kesulitan dalam menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia yang menyebabkan intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah defisit nutrisi. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot stringer sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine.

2.2.9 Komplikasi

Ada beberapa komplikasi yang terjadi pada penderita

stroke antara lain

- a. Peningkatan suhu tubuh
- b. Edema serebri
- c. Peningkatan tekanan intrakranial.
- d. Disritmia jantung
- e. Kontraktur
- f. Mobilisasi yang dapat menyebabkan infeksi pernapasan, dicubitus, dan konstipasi.
- g. Paralisis yang dapat menyebabkan nyeri kronis, risiko jatuh, atropi.
- h. Kejang akibat kerusakan atau gangguan pada listrik otak.
- i. Nyeri kepala kronis seperti migrain.
- j. Malnutrisi. (Awan H, 2015)

2.2.10 Penatalaksanaan Medis

Menurut (Tarwoto & Wartonah, 2015), penatalaksanaan stroke terbagi atas :

a. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

- a) Terapi cairan, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. *The American Heart Association* sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah stroke hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan hemoestasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara hemoestasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium
- b) 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
- c) 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

- d) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
- e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
- f) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi labung dan pemberian makanan
- i) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan
- j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex

2) Fase rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Program manajemen *bladder* dan *bowel*
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- d) Pertahankan integritas kulit
- e) Pertahankan komunikasi yang efektif

- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g) Persiapan pasien pulang

3) Pembedahan

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

4) Terapi obat-obatan

- a) Antihipertensi : Katropil, antagonis kalsium
- b) Diuretic : manitol 20%, furosemid
- c) Antikolvasan : fenitoin

Sedangkan menurut Batticaca Fransisca (2008), terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah pada pasien stroke perdarahan adalah :

(1) Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil

(a) Aminocaproic acid 100-150 ml% dalam cairan isotonic 2 kali selama 3-5 hari, kemudian 1 kali selama 1-3 hari

(b) Antagonis untuk pencegahan permanen : Gordox dosis pertama 300.000 IU kemudian 100.000 IU 4 kali perhari IV ; Contrical dosis pertama 30.000 ATU, kemudian 10.000 ATU 2 kali per hari selama 5-10 hari

- (2) *Natrii Etamsylate (Dynone)* 250 mg x 4 hari IV sampai 10 hari
- (3) Kalsium mengandung obat ; Rutinium, Vicasolum, Ascorbicum
- (4) Profilaksis Vasospasme
 - (a) *Calcium-channel antagonis* (Nimotop 50 ml [10 mg per hari IV diberikan 2 mg per jam selama 10-14 hari])
 - (b) Berikan dexason 8 4 4 4 mg IV (pada kasus tanpa DM, perdarahan internal, hipertensi maligna atau osmotic diuretic dua hari sekali Rheugloman (Manitol) 15% 200 ml IV diikuti oleh 20 mg Lasix minimal 10-15 hari kemudian

2.3 Konsep Home Care

2.3.1 Definisi Home Care

Home Care Nursing merupakan layanan kesehatan yang dilakukan oleh profesional di rumah pasien dengan tujuan membantu memenuhi kebutuhan pasien yang dilaksanakan oleh tim profesional dengan melibatkan anggota keluarga sebagai pendukung dalam proses keperawatan (Parellangi, 2018).

Perawatan kesehatan dirumah (*home care*) adalah komponen dari pelayanan kesehatan yang disediakan untuk individu dan keluarga di tempat tinggal mereka dengan tujuan mempromosikan, mempertahankan, alau

memaksimalkan level kemandirian, serta meminimalkan efek ketidakmampuan dan kesakitan (Muhith dan Sandu, 2016).

Perawatan kesehatan dirumah merupakan salah satu jenis perawatan jangka panjang (*long term care*) yang dapat diberikan oleh tenaga profesional maupun non profesional yang telah mendapatkan pelatihan. Perawatan ini merupakan salah satu bentuk pelayanan yang berkesinambungan dan komprehensif yang ditujukan pada individu dan keluarga sebagai upaya meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan, kesehatan, serta memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit termasuk penyakit terminal (C. Warhola, 1980 dalam Efendi dan Makhfudli, 2009).

2.3.2 Faktor Pendukung *Home Care*

Menurut Depkes RI (2002) dalam Buku Efendi dan Makhfudli (2009) terdapat beberapa faktor yang mendukung terlaksananya *home care*, yaitu:

1. Kasus penyakit terminal yang dianggap tidak efektif dan efisien apabila dirawat di institusi pelayanan kesehatan.

Contoh: pasien kanker stadium akhir yang secara medis belum ada upaya yang dapat dilakukan untuk mencapai kesembuhan.

2. Keterbatasan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan pada kasus degeneratif yang memerlukan perawatan relatif lama. Sehingga, diperlukan tindak lanjut perawatan di rumah.

Contoh: klien pasca stroke yang mengalami komplikasi kelumpuhan dan memerlukan pelayanan rehabilitasi dalam waktu relatif lama

3. Manajemen RS yang berorientasi pada profit. Dengan kata lain, apabila perawatan klien sangat lama (lebih dari 1 minggu) tidak menguntungkan dan menjadi beban bagi manajemen.
4. Banyak orang yang merasa bahwa rawat inap di pelayanan kesehatan membatasi kehidupan manusia karena seseorang tidak bisa menikmati kehidupan secara optimal.
5. Klien merasa lebih nyaman di rumah dibandingkan dengan di RS, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan.

2.3.3 Tujuan Home Care

Tujuan yang paling mendasar dari pelayanan *Home Care* adalah untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian, dan meminimalkan akibat dari penyakit untuk mencapai kemampuan individu secara optimal selama mungkin yang dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan (Tribowo, 2012).

2.3.4 Prinsip Home Care

Menurut Muhith dan Sandu (2016) prinsip-prinsip home care meliputi:

1. Mengelola pelayanan keperawatan kesehatan di rumah dan dilaksanakan oleh tim atau perawat yang memiliki keahlian khusus di bidang tersebut.
2. Mengaplikasikan konsep sebagai dasar pengambilan keputusan dalam praktik.
3. Mengumpulkan dan mencatat data dengan sistematis, akurat, dan komprehensif

4. Menggunakan data hasil pengkajian untuk menetapkan diagnosis keperawatan.
5. Mengembangkan rencana keperawatan berdasarkan diagnosis yang dikaitkan dengan tindakan pencegahan, terapi, dan pemulihan.
6. Memberikan pelayanan keperawatan dalam rangka menjaga kenyamanan, penyembuhan, peningkatan kesehatan dan pencegahan komplikasi.
7. Mengevaluasi respon klien dan keluarga terhadap intervensi keperawatan
8. Bertanggung jawab terhadap klien dan keluarga akan pelayanan yang bermutu melalui manajemen kasus, rencana penghentian asuhan keperawatan (*discharge planning*), dan koordinasi dengan sumber-sumber di komunitas.
9. Berpartisipasi dalam aktifitas riset untuk mengembangkan pengetahuan pelayanan keperawatan kesehatan dirumah
10. Menggunakan kode etik keperawatan dalam melaksanakan praktik keperawatan.

2.3.5 Pemberian Pelayanan *Home Care*

Menurut Muhith dan Sandu (2016) pemberi pelayanan home care terdiri dari:

1. Dokter

Dokter harus sudah menyetujui rencana perawatan dirumah sebelum perawatan diberikan kepada pasien

2. Perawat

Bidang keperawatan dalam home care mencakup fungsi langsung (*direct care*) dan tidak langsung (*indirect care*). Fungsi langsung meliputi aspek

fisik yang terdiri dari perawatan dan semua yang membutuhkan kontak fisik serta interaksi *face to face*, seperti pemeriksaan fisik, perawatan luka, injeksi, pemasangan dan penggantian kateter. Sedangkan fungsi tidak langsung terjadi ketika pasien tidak perlu mengadakan kontak personal dengan perawat. Tipe perawatan ini terlihat saat perawat *home care* berperan sebagai konsultan.

3. *Physical Therapist*

Menyediakan perawat pemelihara, pencegahan, dan penyembuhan pasien dirumah. Perawatan yang diberikan meliputi perawatan langsung dan tidak langsung. Perawatan langsung mencakup penguatan otot, pemulihan mobilitas, mengontrol spastisitas, latihan jalan, dan latihan gerak aktif pasif. Perawatan tidak langsung mencakup konsultasi dengan petugas.

4. *Speech Pathologist*

Tujuan dari *speech pathologist* adalah untuk membantu pasien mengembangkan dan memelihara kemampuan bicara dan bahasa. Selain itu, *speech pathologist* bertugas untuk memberikan konsultasi pada keluarga agar dapat berkomunikasi dengan pasien, mengatasi masalah gangguan, dan makanan yang dikonsumsi pasien.

5. *Social Worker*

Pekerja sosial membantu pasien dan keluarga untuk menyesuaikan diri dengan faktor sosial, emosional, dan lingkungan yang berpengaruh terhadap kesehatan.

2.3.6 Mekanisme *Home Care*

Menurut Muhith dan Sandu (2016) mekanisme home care terdiri dari

1. Klien pasca rawat inap atau rawat jalan harus diperiksa terlebih dahulu oleh dokter untuk menentukan apakah secara medis layak untuk dirawat di rumah atau tidak.
2. Setelah itu akan dilakukan pengkajian oleh koordinator kasus yang merupakan staff pengelola dari agensi home care. Kemudian akan dilakukan perencanaan dan kesepakatan mengenai apa saja yang akan diterima oleh klien bersama klien dan keluarganya. Kesepakatan tersebut terdiri dari jenis pelayanan, peralatan, pelaksana pelayanan, sistem pembayaran, dan jangka waktu pelayanan.
3. Selanjutnya klien akan menerima pelayanan dari pelaksana. Pelayanan ini dikoordinasikan dan dikendalikan oleh koordinator kasus
4. Secara periodik koordinator kasus akan melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan.

2.4 Perawatan Pasien Stroke

Satu dari 4 penderita stroke sangat berisiko mengalami stroke berulang sehingga kita perlu melakukan pencegahan agar tidak terjadi stroke berulang tersebut. Perawatan pasca stroke yang baik yaitu termasuk dengan bantuan keluarga karena akan mengontrol faktor risiko dan meminum obat-obat sesuai anjuran, seperti obat pengencer darah dan obat gangguan irama jantung akan mengurangi risiko stroke berulang sebanyak 80%. Jika tidak dilakukan hal seperti itu maka akan menimbulkan kejadian stroke berulang yang biasanya kondisi pasien akan semakin parah (Handayani, 2013; Mutiarasari, 2019).

Berdasarkan Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI

(2019), yang menyampaikan pesan perilaku sehat pada masyarakat dengan stroke yaitu peningkatan kesadaran penyandang stroke untuk P-A-T-UH sebagaimana penjelasannya adalah sebagai berikut:

- a. Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter seperti minum obat-obatan.
- b. Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur yaitu obat harus sesuai yang telah ditentukan dengan tidak memberhentikan penggunaan obat tersebut.
- c. Tetap diet sehat dengan gizi seimbang yaitu dengan tetap menjaga pola makan sehat.
- d. Upayakan beraktivitas fisik dengan aman seperti berolahraga yang sifatnya bukan kompetisi namun dengan sifatnya ketahanan seperti olahraga aerobik dan jalan sehat.
- e. Hindari rokok, alkohol dan zat karsinogenik lainnya.

2.4.1 Nutrisi

Orang dengan stroke bisa saja mengalami beberapa kelainan yang berhubungan dengan kemampuan makan, seperti dysphagia (sulit menelan) dan ketidakmampuan makan sendiri karena parese (kelumpuhan). Stroke juga dapat memengaruhi perilaku makan pasien melalui perubahan kognitif serta gangguan sensori. Hal tersebut dapat mengakibatkan penurunan status gizi pada pasien stroke. Untuk mencegah penurunan status gizi dan mencapai gizi yang optimal, diperlukan penatalaksanaan asupan gizi yang tepat pada penderita stroke.

a. Tujuan Pengaturan Makan

- 1) Memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan komplikasi penyakit
- 2) Memelihara keseimbangan cairan & elektrolit (banyak pasien stroke yang mengalami dehidrasi maupun kekurangan Natrium)
- 3) Menurunkan BB jika berlebih
- 4) Meminimalkan kegiatan mengunyah & menggigit
- 5) Menyediakan serat untuk mencegah konstipasi

b. Rekomendasi Diet

- 1) Pasien dengan gangguan kesadaran/menelan diberi makanan cair melalui NGT
- 2) Bentuk makanan ditingkatkan jika kondisi pasien membaik
- 3) Pada dysphagia, hindari makanan yang dapat menimbulkan rasa tercekik/tersedak, seperti makanan yang alot dan keras
- 4) Pasien dengan penurunan produksi saliva diberi makanan bersaus/lembab
- 5) Jenis diet tergantung penyakit penyerta.

Pada penderita penyakit degeneratif seperti hipertensi, Diabetes Mellitus, penyakit jantung dll, sebaiknya mengendalikan penyakit tersebut agar tidak beresiko terkena stroke. Salah satu pencegahan stroke yang lain adalah menjalani

pola makan yang sehat dan seimbang. Tentunya pola makan yang sehat juga harus diimbangi dengan aktivitas fisik secara rutin.

Berikut adalah jenis-jenis bahan makanan yang dianjurkan dan dibatasi untuk para penderita stroke:

a) Sumber Karbohidrat

(1) Dianjurkan : Beras, kentang, ubi, singkong, terigu, hunkwe, tapioca, sagu, gula, madu, serta produk olahan tanpa garam dapur seperti makaroni, mie, bihun, roti, biskuit, kue kering

(2) Tidak dianjurkan : Produk olahan yang dibuat dengan garam dapur, kue-kue yang terlalu manis dan gurih

a) Sumber Protein Hewan

(1) Dianjurkan : Daging sapi dan ayam tak berlemak, ikan, telur ayam (terutama bagian putihnya), susu skim, dan susu penuh dalam jumlah terbatas

(2) Tidak dianjurkan : Daging sapi & ayam berlemak, kuning telur (batas 3 btr/mgg), jeroan, otak, hati, banyak dari susu penuh, keju, es krim, & produk olahan protein hewani yang diawet (ham, daging asap, dendeng, kornet)

b) Sumber Protein Nabati

(1) Dianjurkan : Semua kacang-kacangan dan produk

olahan yang dibuat dengan garam dapur, dalam jumlah terbatas

- (2) Tidak dianjurkan : Selai kacang (*peanut butter*) dan semua produk olahan kacang-kacangan yang diawet dengan garam natrium atau digoreng

c) Sayuran

- (1) Dianjurkan : Sayuran berserat : bayam, kangkung, kacang panjang, labu siam, tomat, taoge, wortel

- (2) Tidak dianjurkan : Sayuran bergas : sawi putih, kol, lobak; Sayuran berserat tinggi: daun singkong, daun katuk, daun melinjo, pare; sayuran mentah

d) Buah-buahan

- (1) Dianjurkan : Buah segar yang dibuat jus : jeruk, mangga, nenas, jambu biji (tanpa pengawet)

- (2) Tidak dianjurkan : Buah bergas : nangka, durian, buah yang diawetkan dengan natrium seperti : buah kaleng, asinan.

e) Sumber Lemak

- (1) Dianjurkan : Minyak jagung dan minyak kedelai; margarin, mentega tanpa garam untuk menumis atau setup; santan encer

- (2) Tidak dianjurkan : Minyak kelapa, minyak kelapa sawit; margarin, mentega biasa; santan kental, krim, dan produk gorengan

f) Bumbu masakan

(1) Dianjurkan : Bumbu yang tidak tajam: garam (terbatas), gula (terbatas), bawang merah, bawang putih, jahe, laos, asem, kayu manis, pala (rempah-rempah alami lainnya)

(2) Tidak dianjurkan : Bumbu yang tajam : cabe, merica, cuka, makanan berbahan pengawet garam natrium : kecap, terasi, petis, vetsin, penyedap, soda, baking powder.

2.4.2 Mobilisasi

Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

a. Tujuan mobilisasi adalah sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan kemandirian dan kesehatan
- 2) Memperlambat perkembangan penyakit penuaan.
- 3) Mencegah kecacatan, dan memenuhi kebutuhan aktualisasi diri (Rendi & TH, 2012).
- 4) Meningkatkan *range of motion* (ROM)
- 5) Memperbaiki fungsi respirasi dan sirkulasi,
- 6) Membimbing seseorang untuk secara diri bergerak pada fungsi aktivitas meliputi bergerak di tempat tidur, duduk,

berdiri dan berjalan

- 7) mencegah komplikasi, meningkatkan kesadaran akibat hemiplegi, meningkatkan keseimbangan duduk dan berdiri, serta memaksimalkan aktivitas perawatan diri (Hoeman, 1996 dalam Purwanti & Maliya, 2008)
- 8) Mencegah resiko dekubitus

b. Prosedur Mobilisasi

Adapun prosedur mobilisasi sebagai berikut (Purwanti & Maliya, 2008).

1) Pelaksanaan mobilisasi dini posisi tidur

a) Berbaring terlentang

Posisikan kepala, leher, dan punggung harus lurus, posisi bantal dibawah kepala sampai pundak pasien. Letakkan bantal dibawah lengan dan paha yang lumpuh secara hati-hati, sehingga bahu terangkat ke atas dan posisi lutut agak ditekuk.

b) Miring ke sisi yang sehat

Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan dengan lengan memeluk bantal, siku di luruskan. Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, letakkan bantal di bawah paha dan tungkai, kemudian tekuk lutut.

c) Miring ke sisi yang lumpuh

Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahu penderita tidak memutar secara berlebihan. Tungkai

sedikit ditekuk, tungkai yang sehat menyilang di atas tungkai yang lumpuh dengan diganjal bantal (Purwanti & Maliya, 2008)

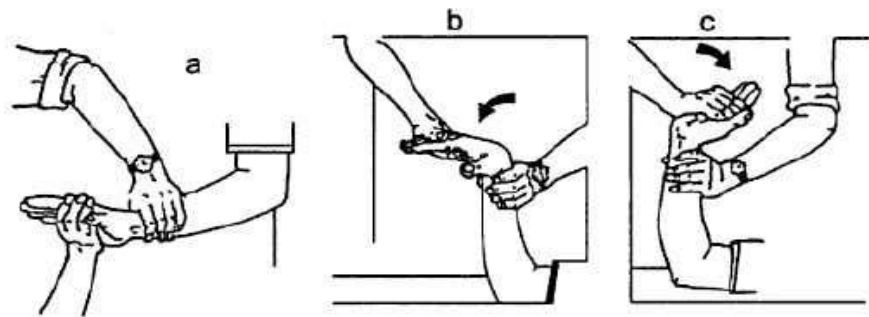
Miring kanan – Miring kiri dapat dilakukan tiap 2 jam.

2) Mobilisasi sendi/Latihan rentang gerak sendi (*range of motion*) (Hoeman, 1996 dalam Purwanti & Maliya, 2008)

a) Latihan gerak sendi pada anggota gerak atas

(1) Fleksi/ekstensi

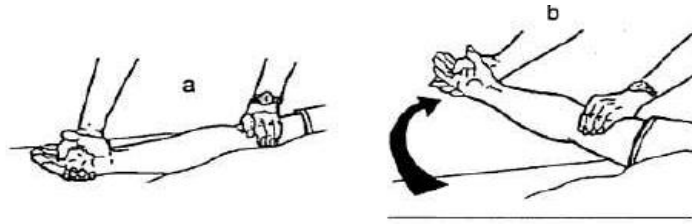
Lakukan pergerakan pada lengan, pergelangan tangan, dan siku dengan cara angkat lengan lurus melampaui kepala penderita kemudian kembalikan ke posisi semula



Gambar 2.2 Fleksi/ekstensi lengan

(2) Abduksi/adduksi

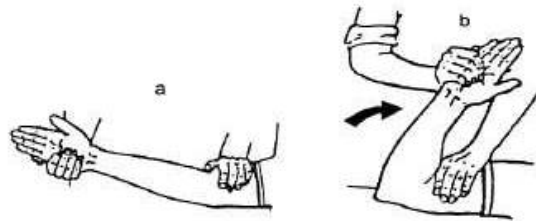
Lakukan pergerakan pada lengan, telapak tangan dan siku dengan cara geser lengan kesamping menjauhi badan membentuk sudut 90 dari bahu.



Gambar 2.3 Abduksi/adduksi

(3) Siku fleksi/ekstensi

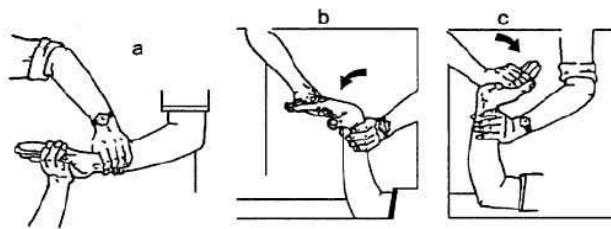
Lakukan pergerakan pada siku dan pergelangan tangan dengan cara tekuk lengan sehingga lengan menyentuh ke bahu, luruskan lengan ke depan



Gambar 2.4 Fleksi/ekstensi siku

(4) Pergelangan tangan

Lakukan pergerakan pada pergelangan tangan dengan cara tekuk pergelangan tangan ke depan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan ke belakang dan tegakkan jari-jari, gerakkan pergelangan tangan ke lateral.



Gambar 2.5 fleksi/ekstensi pergelangan tangan

(5) Jari fleksi/ekstensi

Lakukan pergerakan pada tangan dengan memegang telapak tangan, lakukan gerakan jari menggenggam kemudian kembali luruskan jari.

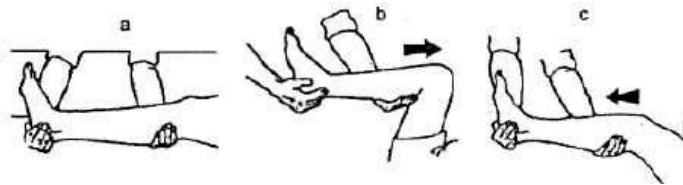
b) Latihan gerak sendi pada anggota gerak bawah

(1) Pinggul fleksi

Lakukan pergerakan dari bawah lutut dan tumit, angkat lutut mengarah ke dada, tekuk pinggul sesuai toleransi

(2) Lutut fleksi/ekstensi

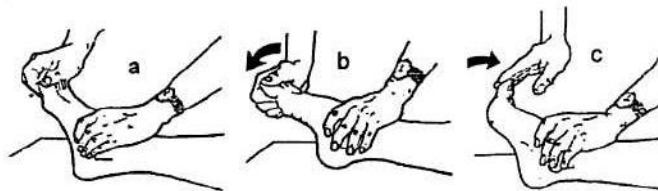
Lakukan pergerakan pada kaki, tekuk lutut setinggi 90 kemudian kembali luruskan lutut.



Gambar 2.6 fleksi/ekstensi lutut

(3) Jari kaki fleksi/ekstensi

Lakukan pergerakan pada telapak kaki, tekuk jari kaki menurun dan dorong kembali jari kaki ke belakang



Gambar 2.7 fleksi/ekstensi jari kaki

(4) Tumit inversi / eversi

Lakukan pergerakan dengan memutar keluar telapak kaki kemudian lanjutkan dengan memutar kedalam telapak kaki.

3) Latihan duduk

Latihan di mulai dengan meninggikan letak kepala secara bertahap untuk kemudian dicapai posisi setengah duduk dan pada akhirnya posisi duduk. Latihan bangun duduk dilakukan dengan bantuan perawat dengan memegang kuat siku sisi yang lumpuh pada tempat tidur, tangan yang lain berjabatan tangan dengan tangan penderita yang sehat. Siku penderita yang sakit harus berada langsung di bawah bahu, bukan di belakang bahu. Lakukan pengulangan sampai penderita merasakan gerakannya. Pada penderita stroke hemoragik tidak diperkenankan untuk langsung duduk dari posisi terlentang, melainkan dengan posisi miring terlebih dahulu kemudian duduk. Hal ini untuk menghindari agar tidak pusing.

4) Latihan berjalan

Latihan fisik penting untuk pasien stroke karena bertujuan meningkatkan kekuatan otot, peningkatkan kekuatan otot akan menentukan kemampuan seperti daya tahan, keseimbangan, kecepatan dan koordinasi gerak, sehingga secara fungsional tingkat kekuatan otot akan menentukan dan mempengaruhi kemampuan fungsional motorik sehari-hari (Trisnowiyanto, 2016). Latihan berjalan adalah salah satu kegiatan yang bisa

dilakukan. Dimulai dari latihan berdiri, latihan menjaga keseimbangan hingga latihan berjalan dengan bantuan seperti berpegangan pada tembok (pegangan pada tembok), dengan tongkat. Dalam hal ini peran keluarga sangat dibutuhkan untuk membantun pasien.

c. Dampak Mobilisasi

Dengan dilakukannya mobilisasi dapat berdampak bagi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik meliputi dapat memperbaiki kemampuan motorik dan sensorik, meningkatkan refleks otot, mempercepat proses penyembuhan, meningkatkan kemampuan pergerakan sendi, serta dapat meminimalkan kecacatan akibat hemiparesis (Rohayati, 2019).

2.4.3 Terapi Wicara

Hal yang harus dipahami oleh keluarga adalah bahwa pasien afasia tetap membutuhkan kesempatan untuk mendengar pembicaraan orang lain secara normal. Hal ini merupakan tantangan tersendiri bagi keluarga karena kerap terjadi pasien stroke dengan afasia ini mengalami stress dan depresi. Hal ini bisa dimengerti karena bila awalnya mereka mudah untuk berkomunikasi dengan orang lain kini membutuhkan bantuan orang lain dalam berkomunikasi. Oleh karena itu, diharapkan keluarga harus lebih sabar menghadapinya dan memberikan motivasi untuk kesembuhan pasien. (Mulyatsih, Enny. 2015 dalam Sardjito, H tahun 2022).

Berikut ini ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk

memperbaiki kemampuan bicara pasien stroke dengan afasia, antara lain:

1. Saat berbicara, usahakan wajah kita menghadap lurus dengan pasien. Hal ini akan membantu pasien untuk melihat gerak bibir dan ekspresi wajah kita.
2. Usahakan berbicara dengan perlahan, tenang, dengan intonasi suara yang normal.
3. Gunakanlah kalimat yang pendek dan berikanlah tekanan pada kata-kata penting. Jika memungkinkan, gunakanlah ekspresi wajah gerakan tubuh dan irama suara sehingga pasien dapat memahami perkataan kita. Bila pasien tidak mengerti dengan perkataan kita, usahakan untuk mengucapkan dengan kalimat lain yang memiliki arti yang sama.
4. Berikan kesempatan pada pasien untuk berkomunikasi dengan menggunakan ekspresi wajah dan gerakan tubuh. Jangan cemas bila pasien memberikan jawaban yang kurang jelas.
5. Libatkan pasien dalam setiap percakapan di dalam keluarga.
6. Ceritakan hal-hal yang lucu kepada pasien agar pasien merasa nyaman dan senang karena tidak merasa sendirian.
7. Ajak sesekali menonton televisi dan tanyakan pendapatnya mengenai acara film atau berita yang ditonton.

2.4.4 *Personal Hygiene*

Personal hygiene adalah cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka. Pemeliharaan *hygiene* perorangan

diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Praktek *hygiene* sama dengan meningkatkan kesehatan (Potter & Perry, 2012). Dilakukannya perawatan ini untuk mempertahankan perawatan diri baik secara sendiri maupun dengan menggunakan bantuan yang dapat melatih hidup sehat dan bersih dengan cara memperbaiki gambaran atau persepsi terhadap kesehatan dan kebersihan, serta menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan yang diinginkan oleh pasien.

Tujuan perawatan diri personal hygiene adalah sebagai berikut (Mubarak W.l., Lilis l., Joko S. 2015):

1. Menghilangkan minyak yang menumpuk, keringat, sel-sel kulit yang mati dan bakteri
2. Menghilangkan bau badan yang berlebihan
3. Memelihara integritas permukaan kulit
4. Menstimulasi sirkulasi/peredaran darah
5. Memberikan kesempatan pada perawatan untuk mengkaji kondisi kulit
6. Meningkatkan percaya diri seseorang
7. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

Adapun macam-macam tindakan personal hygiene menurut Potter dan Perry (2012) untuk menjaga kebersihan dan kesehatan seseorang yaitu perawatan kulit, perawatan tubuh (mandi), perawatan perineum, perawatan kaki dan kuku, perawatan gigi dan mulut, perawatan rambut, dan perawatan mata, telinga, dan hidung

2.4.5 Modifikasi Lingkungan Rumah

Penting untuk melakukan perubahan di rumah untuk membantu pasien stroke berfungsi lebih baik dan mencegah cedera. Perubahan ini dapat berupa memindahkan barang agar lebih mudah dijangkau, memperlebar jalan dan pintu masuk, memasang pegangan di kamar mandi, ganti wc jongkok dengan wc duduk (atau jika tidak pasang kursi yang dilubangi di atas wc jongkok), memasang keset atau karpet anti selip untuk mencegah pasien terjatuh.

2.4.6 Dukungan emosional

Penderita stroke tentu mengalami kesedihan, dalam kondisi seperti ini pasien merasa dirinya cacat dan menyebabkan citra diri terganggu, merasa tidak mampu, memalukandan sebagainya. Pada pasien stroke sangat memerlukan adanya dukungan keluarga untuk membantu pasien guna menstabilkan emosinya, kecemasan dan menumbukan rasa percaya diri serta motivasi.

Hal yang bisa dilakukan dalam dukungan ini seperti diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Dukungan Relaksasi

Relaksasi dapat membantu mengatasi emosi yang mulai membebani. Suatu penelitian menunjukkan bahwa relaksasi dapat sangat membantu dalam mengatasi kecemasan setelah stroke. Ada beberapa teknik yang dapat dipelajari untuk membantu rileks. Ini biasanya fokus pada pernapasan atau melepaskan ketegangan dari otot. Banyak orang mendapati bahwa perhatian (sejenis meditasi)

atau bentuk meditasi lain juga membantu mereka. Ini adalah teknik yang mendorong seseorang untuk lebih memperhatikan momen saat ini, dan menyesuaikan diri dengan perasaan, tubuh, dan dunia di sekitar.

2. Lakukan sesuatu yang disukai

Cobalah untuk mengambil bagian dalam sesuatu yang disukai. Berjalan-jalan sebentar di luar ruangan atau menelepon teman bisa memberi semangat. Mengekspresikan diri dengan menulis, menyanyi atau membuat puisi, dll.

3. Berbicara satu sama lain

Terkadang sulit bagi orang untuk membicarakan perasaannya, bahkan dengan orang terdekat sekalipun. Biarkan mereka tahu bahwa Anda bersedia mendengarkan dan tanyakan apa yang dapat Anda lakukan untuk membantu. Terkadang tidak ada yang bisa Anda lakukan, dan itu mungkin sulit. Namun hanya dengan berada di sisi mereka, dan mendorong mereka untuk mencari bantuan jika diperlukan, sering kali merupakan hal yang diperlukan.

4. Luangkan waktu Bersama mereka

Mengatasi dampak stroke bisa membuat orang merasa sangat kesepian. Menghabiskan waktu bersama teman atau anggota keluarga Anda sudah bisa sangat membantu. Anda mungkin tidak mempunyai waktu untuk mengunjungi mereka sesering yang Anda inginkan, namun panggilan telepon singkat saja akan menunjukkan kepada mereka bahwa Anda memikirkannya.

5. Dukungan kemandirian

Wajar jika ingin melakukan sebanyak mungkin untuk seseorang. Namun akan lebih baik bagi orang yang Anda cintai jika Anda mendukungnya untuk melakukan segala sesuatunya sendiri, daripada melakukan semuanya untuknya. Dorong mereka untuk mencoba. Mereka mungkin berpikir mereka tidak akan mampu melakukannya, namun sering kali mereka akan terkejut.