

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke

1. Definisi

World Stroke Organization (2023) Stroke merupakan sindrom neurologis akut akibat gangguan sirkulasi serebral yang menyebabkan defisit neurologis fokal maupun global selama lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian sel-sel otak yang menimbulkan gejala klinis antara lain kelumpuhan wajah atau anggota badan lain, gangguan sensibilitas, perubahan mendadak status mental, gangguan penglihatan dan gangguan wicara (Hasan et al., 2023).

Stroke merupakan penyakit yang disebabkan oleh penyumbatan mendadak oleh pembekuan darah atau penyempitan pembuluh darah arteri sehingga aliran darah ke bagian otak terganggu, stroke dapat terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Suwaryo et al. , 2019 dalam Retnaningsih, 2023).

Stroke adalah kondisi gangguan neurologis akut akibat gangguan sirkulasi darah otak yang dapat berupa iskemik (oklusi pembuluh darah) atau hemoragik (perdarahan) (WHO, 2023). Stroke iskemik menyumbang sekitar 80–85% kasus, sedangkan stroke hemoragik sekitar 15–20% (Feigin et al., 2022).

Berdasarkan dari uraian di atas Stroke adalah defisit neurologis akibat terhentinya suplai darah ke otak, yang dapat

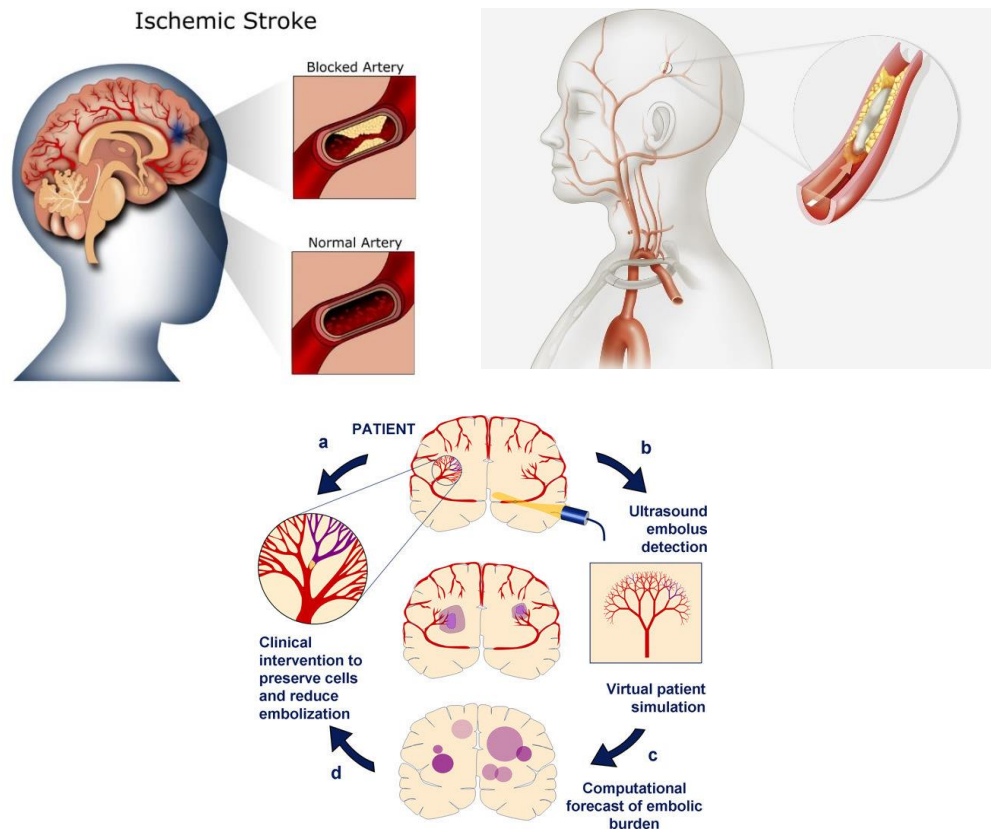
menyebabkan kerusakan dan kematian sel otak. Gejalanya meliputi kelumpuhan, gangguan sensibilitas, perubahan status mental, gangguan penglihatan, dan gangguan wicara. Stroke dapat disebabkan oleh penyumbatan (iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (hemoragik), dan keduanya memerlukan penanganan medis segera.

2. **Klasifikasi**

Stroke dapat dibedakan menjadi dua jenis utama berdasarkan penyebabnya, yaitu stroke perdarahan (hemoragik) dan stroke yang terjadi akibat tersumbatnya aliran darah ke otak (iskemik) (Manurung et al. , 2017 dalam Retnaningsih, 2023). Secara umum, stroke hemoragik ditandai dengan penumpukan darah yang berlebihan dalam rongga tengkorak, sementara stroke iskemik ditandai oleh kurangnya pasokan darah yang cukup untuk memberikan oksigen dan nutrisi yang diperlukan oleh bagian-bagian otak. Berikut adalah jenis-jenis stroke:

1. Stroke iskemik (stroke sumbatan), stroke yang paling umum terjadi. Terjadi akibat penyumbatan arteri serebral oleh trombus atau embolus. Terapi utama adalah trombolitik (rt-PA) dalam 4,5 jam pertama serta trombektomi mekanik pada kasus tertentu (Powers et al., 2019).
 - a) Stroke Emboli: Gumpalan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang diangkut ke otak.

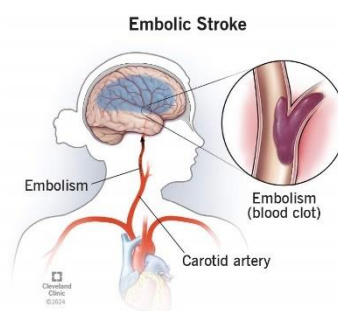
- b) Stroke Trombotik : Gumpalan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang menyuplai darah ke otak. Stroke iskemik biasanya disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak yang mengganggu pasokan oksigen dan glukosa ke otak.



Gambar 2.1 Stroke Iskemik

Sumber: Powers, W. J., et al. (2023). Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. Stroke, 54(4), e1–e75.

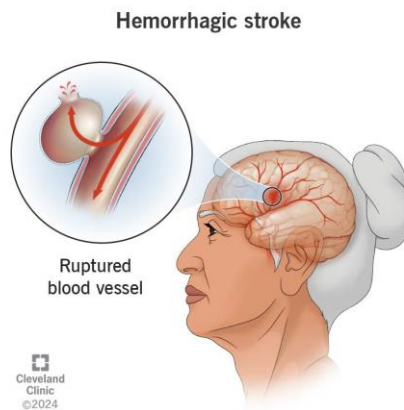
Stroke ini sering kali disebabkan oleh trombosis yang disebabkan oleh plak aterosklerosis arteri otak atau emboli dari pembuluh darah di luar otak yang terjebak di arteri otak.



Gambar 2.2 Stroke Hemoragik

Sumber: Feigin, V. L., et al. (2022). Global burden of stroke and risk factors 1990–2021. *The Lancet Neurology*, 21(10), 795–820.

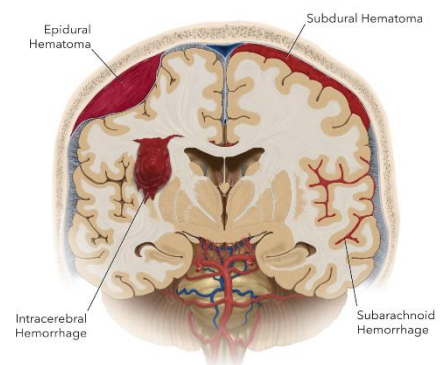
2. Stroke hemoragik (stroke berdarah), Terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan perdarahan intraserebral atau subarachnoid. Hipertensi kronis merupakan penyebab tersering (Arnett et al., 2022).



Gambar 2.3 Stroke Hemoragik

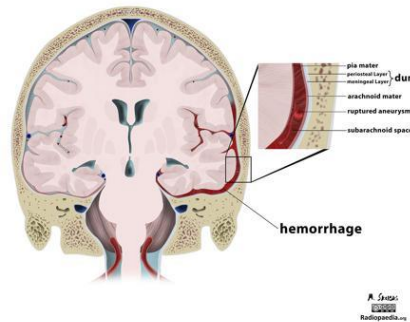
Sumber: Feigin, V. L., et al. (2022). Global burden of stroke and risk factors 1990–2021. *The Lancet Neurology*, 21(10), 795–820.

- a) Perdarahan Intracerebral: Pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang mengakibatkan sel-sel otak mati sehingga berdampak pada tidak berfungsinya otak. Penyebab paling umum adalah hipertensi.



- b) Perdarahan Subarachnoid : Pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor di antara otak dan tulang tengkorak.

Subarachnoid Hemorrhage



Gambar 2.4 Subarachnoid Hemorrhage

Sumber: World Health Organization. (2023). Global Stroke Factsheet 2023.

Penyebabnya bisa bervariasi, tetapi biasanya karena pecahnya aneurisma (Permenkes, 2019). Stroke hemoragik mencakup sekitar 20% dari seluruh stroke. Jenis stroke ini disebabkan oleh pecahnya mikro aneurisma di otak (Retnaningsih, 2023).

3. TIA (Transient Ischemic Attack)

Serangan iskemik transien, atau yang lebih dikenal sebagai stroke ringan, adalah kondisi yang terjadi secara tiba-tiba dan berlangsung hanya dalam waktu singkat. Meskipun TIA tidak menyebabkan kerusakan permanen pada otak, kondisi ini berfungsi sebagai peringatan bagi penderitanya bahwa mereka berisiko mengalami serangan stroke yang lebih berat di masa mendatang. Stroke ringan biasanya muncul mendadak dan biasanya berlangsung dalam hitungan menit hingga beberapa

jam. Banyak penderitanya dapat pulih sepenuhnya dalam waktu sehari. Namun, penanganan yang cepat dan tepat terhadap stroke ringan sangat penting untuk mencegah kemungkinan terjadinya stroke iskemik yang lebih serius atau komplikasi lainnya (T, 2022).

3. **Etiologi**

Stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu:

- a. Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Penyebab utama trombosis adalah Arteri osklerosis serebral, yang adalah penyebab paling umum dari stroke. Secara teori umum, trombosis terjadi tidak secara tiba-tiba, kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.
- b. Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau yang sering disebut material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasa menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang dapat merusak sirkulasi serebral.
- c. Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.
- d. Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi

stupor atau tidak responsif. Akibat dari keempat kejadian di atas maka terjadi penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen fungsi otak dalam gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi (Agustanti et al., 2022).

4. **Faktor Resiko**

Dalam analisis faktor risiko stroke, beberapa aspek sering teridentifikasi berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mansyoer. Faktor risiko ini dapat dibedakan menjadi dua kategori: tidak dapat diubah (non-reversibel) dan dapat diubah (reversibel):

➤ Faktor yang Tidak Dapat Dimodifikasi (Non-Reversibel)

- 1) Jenis Kelamin: Penelitian menunjukkan bahwa pria lebih rentan terhadap stroke dibandingkan wanita. Hal ini mungkin terkait dengan perilaku yang lebih umum dilakukan oleh pria, seperti merokok dan konsumsi alkohol.
- 2) Usia: Seiring bertambahnya usia, jaringan tubuh, termasuk pembuluh darah, cenderung kehilangan fleksibilitas dan menjadi lebih kaku. Oleh karena itu, orang yang lebih tua memiliki risiko yang lebih tinggi terkena stroke, suatu kondisi alami yang harus kita terima.
- 3) Faktor genetik / Keturunan: Riwayat keluarga yang pernah mengalami stroke meningkatkan risiko seseorang

untuk mengalami kondisi serupa. Mereka yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat stroke lebih berisiko dibandingkan dengan mereka yang tidak.

➤ Faktor yang Dapat Dimodifikasi (Reversibel)

- 1) Kelainan Jantung/Penyakit Jantung: Terdapat hubungan yang erat antara penyakit jantung dan stroke. Gangguan pada jantung dapat mempengaruhi pemompaan darah ke seluruh tubuh, termasuk otak, sehingga memicu terjadinya stroke.
- 2) Hipertensi: Peningkatan tekanan darah, yang bisa disebabkan oleh aterosklerosis, dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah atau terbentuknya trombus, yang pada gilirannya mengganggu aliran darah ke otak.
- 3) Aneurisma Pembuluh Darah Cerebral: Penebalan pada suatu bagian pembuluh darah yang diikuti dengan penipisan di bagian lainnya dapat menyebabkan kelainan yang berisiko tinggi terhadap stroke.
- 4) Diabetes Mellitus (DM): Peningkatan viskositas darah yang terjadi pada penderita diabetes memperlambat aliran darah ke otak dan dapat menyebabkan kelainan pada pembuluh darah serebral, menjadikan mereka lebih rentan terhadap stroke.
- 5) Peningkatan Kolesterol (Lipid Total): Tingginya kadar kolesterol dalam tubuh menjadi salah satu penyebab aterosklerosis, yang dapat menyebabkan terbentuknya

embolus lemak.

- 6) **Obesitas:** Kelebihan berat badan dapat mengganggu fungsi pembuluh darah, termasuk yang terdapat di otak. Kondisi ini seringkali berkaitan dengan hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol.
- 7) **Rokok:** Asap rokok yang dihirup dapat menyebabkan pembentukan plak pada pembuluh darah akibat nikotin, yang berkontribusi pada aterosklerosis.
- 8) **Kurang Aktivitas Fisik:** Rendahnya tingkat aktivitas fisik dapat mengurangi fleksibilitas fisik, termasuk kelenturan pembuluh darah. Ini berpengaruh pada kondisi pembuluh darah otak, yang dapat menjadi kaku akibat kurangnya gerakan.
- 9) **Dislipidemia;** kondisi gangguan metabolisme lipid dalam darah yang ditandai dengan abnormalnya kadar lemak
- 10) **Konsumsi alkohol berlebihan:** meningkatkan risiko stroke melalui mekanisme peningkatan tekanan darah (hipertensi), menyebabkan aritmia jantung seperti fibrilasi atrium, meningkatkan koagulabilitas darah, serta menimbulkan dehidrasi. Sehingga menunjukkan bahwa konsumsi alkohol berlebihan memberikan kontribusi signifikan terhadap beban stroke global.

Hipertensi tetap menjadi faktor risiko terbesar dan paling signifikan terhadap kejadian stroke (Feigin et al., 2022).

5. **Manifestasi Klinis**

Menurut Tarwoto (2013) dalam (NUSA, 2024), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya *sirkulasi kolateral*. Berikut tanda dan gejala klinis pada stroke (Rika, 2024):

1. Stroke Iskemik

Stroke iskemik berlangsung ketika pembuluh darah yang memasok darah ke otak tersumbat atau menyempit, sehingga menghambat aliran darah.

Tanda-tanda Stroke Iskemik:

- a) Kesulitan berbicara atau memahami ucapan (afasia).
- b) Kelumpuhan atau kelemahan pada satu sisi tubuh (hemiparesis).
- c) Gangguan berjalan.
- d) Kehilangan penglihatan sebagian atau keseluruhan pada satu atau kedua mata.
- e) Kebingungan atau kesulitan memahami situasi.

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah pecah di dalam otak, mengakibatkan darah bocor ke dalam jaringan otak. Hal ini dapat menyebabkan tekanan pada jaringan otak dan mengakibatkan kerusakan serius.

Tanda-tanda Stroke Hemoragik:

- a) Sakit kepala yang sangat parah dan tiba-tiba.
- b) Mual dan muntah.
- c) Kesulitan berbicara atau memahami ucapan (afasia).

d) Kelumpuhan atau kelemahan pada satu sisi tubuh (hemiparesis).

e) Kehilangan kesadaran.

3. Stroke Transient Ischemic Attack (TIA)

Transient Ischemic Attack (TIA) sering disebut sebagai "mini-stroke" karena gejalanya yang serupa dengan stroke namun bersifat sementara. TIA terjadi saat aliran darah ke bagian otak terganggu secara sementara, biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit hingga beberapa jam.

Tanda-tanda Serangan Iskemik Transien (SIT):

a) Kesulitan berbicara atau memahami ucapan (afasia).

b) Kelumpuhan atau kelemahan pada satu sisi tubuh (hemiparesis).

c) Kehilangan penglihatan sebagian atau keseluruhan pada satu atau kedua mata.

d) Pusing atau pingsan.

e) Kehilangan keseimbangan atau koordinasi.

Dari penjelasan diatas tanda dan gejala Stroke dapat dikategorikan menjadi tiga jenis utama: stroke iskemik, stroke hemoragik, dan Transient Ischemic Attack (TIA). Ketiga jenis stroke ini memiliki kesamaan dalam gejala neurologis, seperti kesulitan berbicara (afasia) dan kelumpuhan pada satu sisi tubuh (hemiparesis), yang menunjukkan dampak pada aliran darah ke otak. Stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah, sedangkan stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah, yang dapat

menyebabkan sakit kepala parah dan kehilangan kesadaran yang tidak umum ditemukan pada stroke iskemik. Sementara itu, TIA, atau "mini-stroke," ditandai oleh gangguan aliran darah yang bersifat sementara, dengan gejala yang mirip tetapi tidak menyebabkan kerusakan permanen. Meskipun ketiga jenis stroke ini memiliki gejala yang serupa, perbedaan dalam penyebab, durasi, dan gejala spesifik sangat penting untuk dipahami dalam konteks diagnosis dan penanganan yang tepat.

➤ Gejala stroke juga dapat dikenali dengan metode **FAST**:

- **F**ace drooping (wajah mencong)
- **A**rm weakness (kelemahan satu sisi tubuh)
- **S**peech difficulty (bicara pelo)
- **T**ime to call emergency

Gejala tambahan meliputi gangguan kesadaran, nyeri kepala hebat (khususnya hemoragik), gangguan penglihatan, dan disfagia (Powers et al., 2019).

6. **Komplikasi**

Beberapa komplikasi dapat muncul akibat stroke, baik yang disebabkan oleh kondisi stroke itu sendiri, imobilisasi, maupun dampak lain yang ditimbulkan oleh penyakit ini. Komplikasi-komplikasi tersebut memiliki pengaruh yang signifikan terhadap hasil perawatan pasien stroke, dapat menghambat proses pemulihan neurologis, dan memperpanjang masa tinggal di rumah sakit. Beberapa komplikasi yang sering dialami oleh pasien stroke antara lain masalah jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri

pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi (Mutiarasari, 2019 dalam Listari et al., 2023).

Menurut Tarwoto (2013) dalam (LINGGAR, 2020), pasien yang mengalami stroke iskemik dapat menghadapi berbagai komplikasi yang terbagi menjadi dua fase: fase akut dan fase pemulihan atau lanjutan.

➤ Fase Akut

1. Hipoksia Serebral dan Penurunan Aliran Darah ke Otak

Area otak yang mengalami infark atau kerusakan akibat perdarahan akan mengalami gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah. Ketidakcukupan aliran darah dan oksigen menyebabkan hipoksia pada jaringan otak. Kinerja otak sangat bergantung pada tekanan darah, fungsi jantung, dan integritas pembuluh darah, sehingga kecukupan aliran darah pada pasien stroke sangat penting untuk memastikan perfusi jaringan yang baik dan mencegah hipoksia serebral.

2. Edema Serebri

Edema serebri merupakan respons fisiologis terhadap trauma jaringan. Kondisi ini terjadi ketika area otak mengalami hipoksia atau iskemia. Tubuh merespons dengan meningkatkan aliran darah ke lokasi tersebut melalui vasodilatasi pembuluh darah dan peningkatan tekanan. Akibatnya, cairan interstisial berpindah ke ruang ekstraseluler, yang dapat menyebabkan

pembengkakan pada otak.

3. Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Penambahan massa di dalam otak, baik akibat perdarahan maupun edema, dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial. Hal ini dapat ditandai dengan munculnya defisit neurologis seperti gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala yang hebat, serta perubahan pada kesadaran.

4. Aspirasi dan pneumonia

Pada pasien stroke terjadi ketika makanan, cairan, atau sekret masuk ke saluran napas akibat gangguan refleks menelan (disfagia) dan refleks batuk yang melemah; kondisi ini memudahkan bakteri masuk ke paru-paru sehingga meningkatkan risiko pneumonia aspirasi, yang dapat memperburuk status pernapasan, memperpanjang masa perawatan, dan meningkatkan angka morbiditas serta mortalitas pada pasien stroke.

5. Deep Vein Thrombosis (DVT)

Kondisi adanya gumpalan darah (trombus) di dalam vena tubuh, paling sering terjadi di vena kaki, yang dapat terjadi sebagai komplikasi pada pasien stroke yang mengalami imobilitas berkepanjangan akibat kelumpuhan atau penurunan mobilitas.

6. Dekubitus

cedera jaringan akibat tekanan berkepanjangan pada area

tubuh tertentu yang sering terjadi pada pasien imobilisasi, termasuk penderita stroke.

➤ Fase Pemulihan atau Lanjutan

1. Komplikasi pada Masa Pemulihan

Pada fase ini, komplikasi yang umum terjadi sering kali disebabkan oleh imobilisasi, seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis vena dalam, atrofi, serta inkontinensia urin dan tinja.

2. Kejang

Kejang dapat muncul sebagai akibat dari kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik di otak.

3. Nyeri Kepala Kronis

Sebagian pasien dapat mengalami nyeri kepala kronis, yang bisa berupa migrain atau jenis nyeri lainnya.

4. Depresi Pasca Stroke

gangguan suasana hati yang sering terjadi setelah stroke akibat perubahan biologis pada otak dan dampak psikososial dari disabilitas, yang dapat menghambat proses rehabilitasi, menurunkan kualitas hidup, serta meningkatkan risiko kematian pada penyintas stroke.

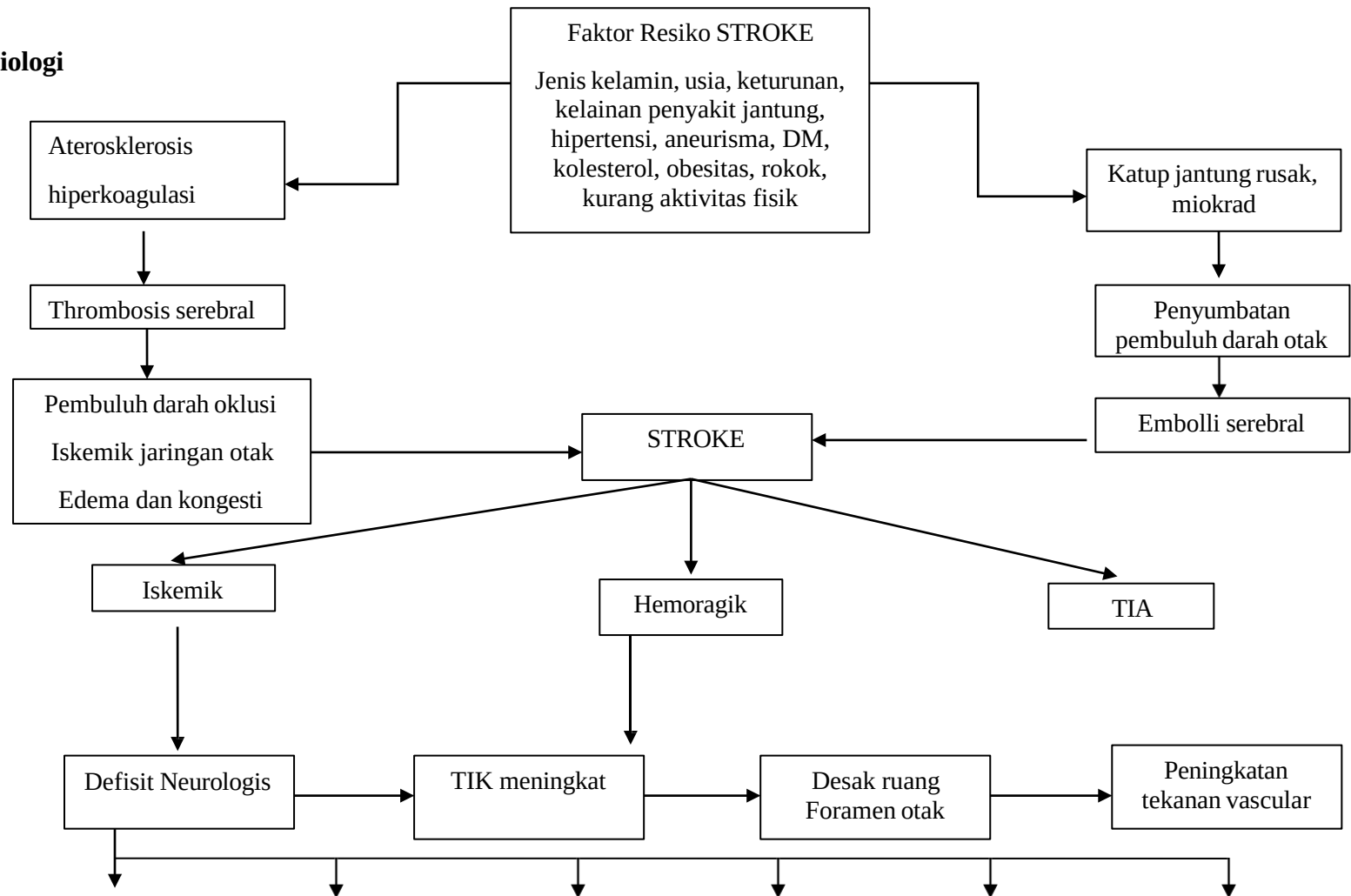
5. Malnutrisi

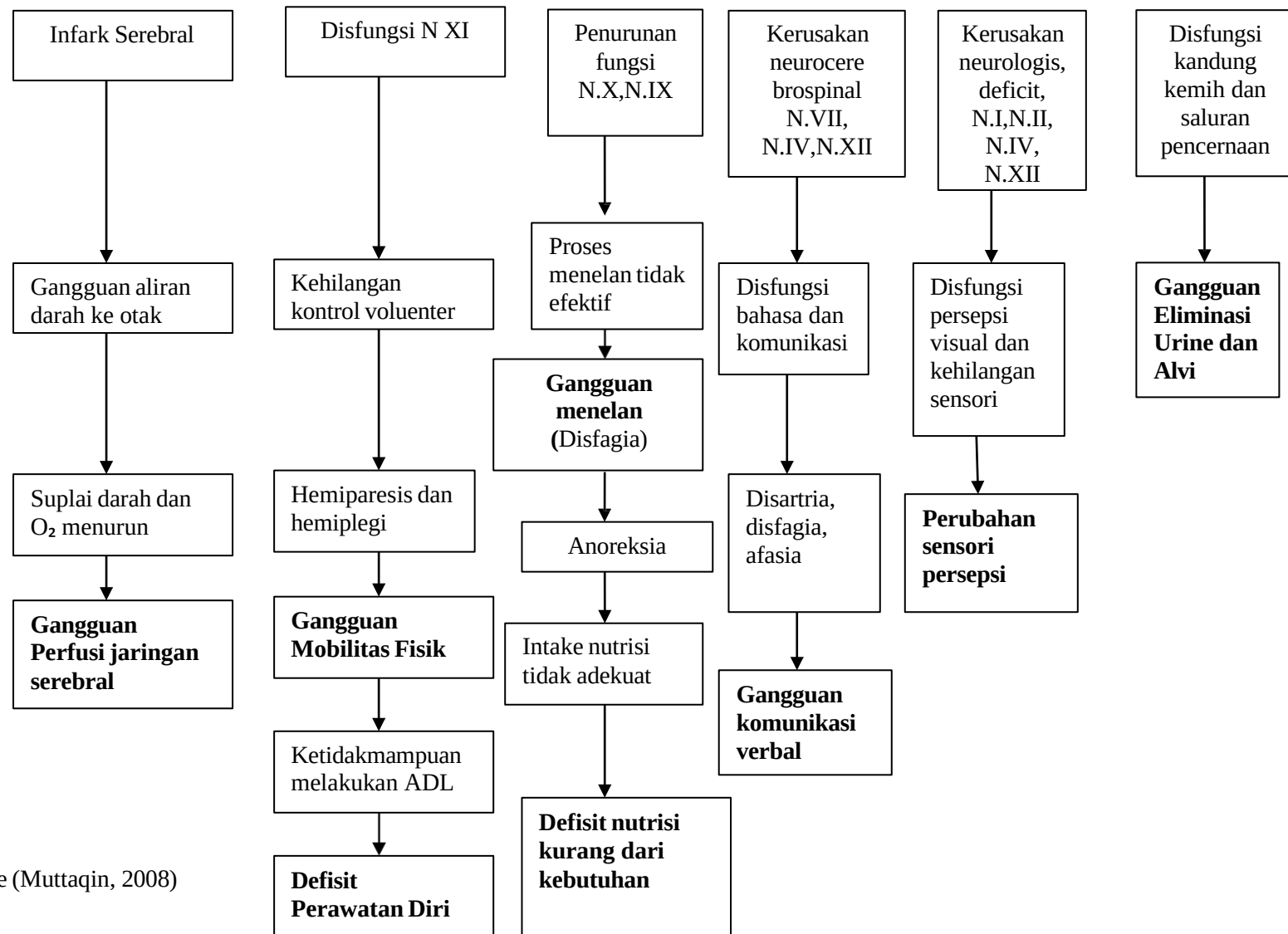
Kondisi ini sering kali disebabkan oleh asupan makanan yang tidak memadai.

Komplikasi tersebut dapat memperpanjang lama rawat dan memperburuk prognosis (Feigin et al., 2022).

7. Patofisiologi

1)





Gambar 2.5

Patofisiologi stroke (Muttakin, 2008)

2) Uraian:

Menurut (Muttaqin A, 2008), menjabarkan patofisiologi stroke (CVA) sebagai berikut: Faktor-faktor penyebab terjadinya diantaranya adanya thrombosis dan emboli serebral. Trombus serebral dapat berasal dari plak arterosklerosis akibat pola hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang mengandung kolesterol atau tinggi lemak yang lama kelamaan menebal pada dinding pembuluh darah yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), edema dan kongesti jaringan di sekitar area. Sedangkan emboli disebabkan karena adanya udara, lemak ataupun bekuan darah yang terbawa oleh aliran darah dan berakibat penyumbatan pada pembuluh darah di otak. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan deficit neurologis (saraf-saraf) di otak pada stroke iskemik, stroke hemoragik maupun TIA. Diantaranya infark serebral yang menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak menurun sehingga muncul gangguan perfusi jaringan serebral. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala juga terutama terjadi pada stroke hemoragik.

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 tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah defisit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL. Kelemahan control otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfagia/afasia, disartria (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan ataupun pengecap mengakibatkan gangguan perubahan persepsi sensori.

Pada saluran pencernaan atas mengalami kesulitan menelan atau disfagia muncul masalah gangguan menelan sehingga menimbulkan anoreksia. Akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot sfingter sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine.

8. Penatalaksanaan

A. Farmakologi

a. Terapi Obat-Obatan

1) Stroke Iskemik

- a) Melakukan trombolisis dengan menggunakan rt-PA (rekombinan tissue-plasminogen).
- b) Pemberian obat jantung, seperti digoksin, untuk menangani aritmia, serta antagonis alfa-beta dan antagonis kalsium bagi pasien dengan hipertensi.

- c) IV Alteplase $\leq 4,5$ jam
- d) Mechanical thrombectomy ≤ 24 jam

(Powers et al., 2023)

2) Stroke Hemoragik

- a) Pemberian antihipertensi, seperti kaptopril dan antagonis kalsium.
- b) Pemberian diuretik, seperti manitol 20% dan furosemid.
- c) Pemberian antikonvulsan, seperti fenitoin (Tarwoto, dkk 2017 dalam Ernawati & Baidah., 2022).
- d) Kontrol tekanan darah
- e) Reversal antikoagulan
- f) Manajemen ICP (AHA/ASA, 2024)

a. Pembedahan

Tindakan pembedahan diperlukan jika terjadi perdarahan serebrum dengan diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml. Tindakan ini bisa dilakukan untuk tujuan dekompresi atau untuk pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal pada kasus hidrocefalus obstruktif yang akut.

B. Non Farmakologi

1) Fase Akut

- a) Menjaga agar saluran napas tetap terbuka dengan memberikan oksigen dan memanfaatkan ventilator.
- b) Melakukan pemantauan terhadap peningkatan tekanan intrakranial. untuk mencegah kerusakan lebih lanjut pada

otak.

- c) Mengawasi fungsi pernapasan melalui analisis gas darah.
- d) Memantau kondisi jantung, tanda vital, serta melakukan pemeriksaan EKG.
- e) Mengevaluasi status cairan dan kadar elektrolit pasien.
- f) Memasang NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan memberikan makanan.
- g) Memantau tanda-tanda neurologis, mencakup tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, pemeriksaan saraf kranial, serta refleks.

2) Fase Rehabilitasi

- a) Memastikan pasien memperoleh asupan nutrisi yang cukup.
- b) Mengimplementasikan program pengelolaan kandung kemih dan usus.
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi melalui latihan (ROM) aktif dan pasif. Rentang gerak (ROM) adalah jumlah maksimum gerakan yang dapat dilakukan sendi dalam tiga bidang tubuh: sagital, frontal, dan transversal (Wahyu Rima, 2022).

1. Latihan Rentang Gerak Aktif: Dikenal sebagai rentang gerak aktif, di mana pasien melakukan latihan sendiri dengan bimbingan dari perawat atau

anggota keluarga.

2. Latihan Rentang Gerak Pasif: Dalam latihan ini, perawat melakukan gerakan sendi untuk pasien. Biasanya, pasien memulai dengan latihan pasif sebelum beralih ke latihan aktif.
- d) Meningkatkan kenyamanan, membantu menurunkan tekanan darah dengan terapi relaksasi slow stroke back massage. Slow stroke back massage adalah teknik pijat yang melibatkan gerakan perlahan dan berirama pada punggung, menggunakan kedua tangan untuk memberikan usapan yang memanjang.
- e) Meningkatkan kualitas tidur, membantu merealisasikan otot, serta mengurangi rasa sakit dengan terapi pijat kaki (foot massage).
- f) Memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dengan optimal (Tarwoto, dkk 2017 dalam Ernawati & Baidah., 2022).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu proses yang melibatkan serangkaian kegiatan praktik keperawatan yang dijalankan secara langsung kepada klien di berbagai lingkungan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan asuhan ini mengikuti kaidah profesi keperawatan dan menjadi inti dari praktik keperawatan itu sendiri. Tujuan dari Asuhan Keperawatan adalah untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien, baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Selain itu, bertujuan untuk membantu individu agar dapat mandiri, mengajak mereka untuk berpartisipasi aktif dalam menjaga kesehatan, serta

mendukung pengembangan potensi individu untuk memelihara kesehatan secara optimal (Munthe, 2022). Dalam pelaksanaannya, asuhan keperawatan dilakukan secara sistematis melalui pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) agar pelayanan keperawatan yang diberikan terstandar dan berkualitas.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal pada proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Polopadang, 2019).

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

1. Pengumpulan data

- a. Identitas Klien : Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis.
- 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.
- c. Riwayat penyakit sekarang : Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak

disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

- d. Riwayat penyakit dahulu : Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung. anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat- obatan antikoagulan, aspirin, fasodilator, obat-obatan adiktif, kegemukan.
- e. Riwayat penyakit keluarga : Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus dan apakah ada anggota keluarga lain yang memiliki penyakit menular.
- f. Riwayat psikososial : Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. dalam pola penanganan, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan

pada salah satu sisi tubuh.

2. Kebiasaan sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Gejala : nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia.

Tanda : kesulitan menelan dan obesitas

b. Pola Eliminasi

Gejala : adanya perubahan pola berkemih dan kesulitan BAB (konstipasi)

Tanda : bising usus negatif, distensi abdomen dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

c. Pola Aktivitas

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

d. Pola Istirahat

Gejala: klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

Tanda: gangguan tonus otot, paralisis (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.

e. Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibil dan oral hygiene.

f. Pola seksualitas atau reproduksi

Adanya perubahan pada masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakit, penggunaan kontrasepsi sebelumnya, siklus haid, usia menarche, haid terakhir, masalah dalam menstruasi, dan pemeriksaan payudara mandiri.

g. Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

h. Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif.

i. Pola sensori dan kognitif

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

3. Data psikososial

- a. Tingkat kesadaran : Tingkat kesadaran pasien, dan koma.
merupakan indikator pertama status neurologis pasien.

Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari composmentis, apatis, latergi, delirium, samnolen dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata (1-4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6).

- b. Pola interaksi dan komunikasi : Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan disatria (pelo. cedal), disfonía (serak, bindeng), afasia (gangguan berbahasa), aleksia (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya).

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum: Biasanya klien Stroke mengalami badan lemah (letarge), nyeri kepala (chepalgia), penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (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.

1) Pemeriksaan kepala dan leher

- Inspeksi: bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang dapat diindikasikan adanya

trauma kepala.

- Palpasi: nyeri tekan juga bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial

2) Wajah

- Inspeksi: terdapat hemiparesis/hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat.
- Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan.

3) Telinga

Biasanya daun pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga)

4) Mata

- Inspeksi: 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.
- Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan.

5) Mulut atau faring

- Inspeksi: mulut mencong ke salah satu wajah dan

penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf Trigeminus (Saraf V), gangguan saraf IX dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, disatria, afasia.

6) Pemeriksaan leher

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

7) Pemeriksaan Thorax (Paru-paru)

- Inspeksi: Amati bentuk thoraks normal atau adalah kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan.
- Palpasi untuk menilai tactile fremitus
- Perkusi Biasanya bunyi normal (sonor)
- Auskultasi: 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.

8) Jantung

- Inspeksi pada jantung untuk mengetahui suara jantung. normalnya adalah pekak.
- Palpasi: biasanya ictus cordis teraba
- Perkusi: biasanya batas jantung normal
- Auskultasi: mengetahui 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.

9) Pemeriksaan abdomen

Bising usus normalnya 5-35 /menit. Pada pasien stroke biasanya didapatkan penurunan peristaltik usus akibat bed rest yang lama dan kadang terdapat kembung.

10) 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.

11) Pemeriksaan Ekstremitas

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

12) Pemeriksaan Neurologis (Saraf Kranial)

1. Nervus I (Olfaktorius): terdapat masalah pada saraf sensoris penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda.
2. Nervus II (Optikus): gangguan sensoris penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.
3. Nervus III (Okulomotoris): diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.
4. Nervus IV (Trochlearis): klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.

5. Nervus V (Trigeminus): klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.
6. Nervus VI (Abdusen): klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.
7. Nervus VII (Fasialis): lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
8. Nervus VIII (Vestibulococlearis) klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.
9. Nervus IX (Glosfaringeus): ovule yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.
10. Nervus X (Vagus): kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.
11. Nervus XI (Asesorius): klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.
12. Nervus XII (Hipoglosus): klien dapat

menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

13) Pemeriksaan penunjang

- a. CT scan atau MRI, untuk mengetahui lokasi perdarahan, seberapa besar kerusakan jaringan otak, dan melihat apakah ada kelainan lain pada jaringan otak, seperti tumor
- b. Angiografi otak, untuk menemukan pembuluh darah yang pecah dan mendeteksi kelainan bentuk pembuluh darah
- c. Tes darah lengkap, untuk memeriksa seberapa cepat pembekuan darah bisa terjadi
- d. Pungsi lumbal, untuk memastikan apakah cairan serebrospinal bercampur dengan darah, yang merupakan tanda positif stroke hemoragik subarachnoid (Pane & Cristy, 2023).
- e. Elektrokardiografi, Pemeriksaan yang dilakukan guna mengetahui aktivitas listrik pada organ jantung. Tes ini dapat membantu dokter menemukan kelainan detak jantung, adanya indikasi penyakit jantung koroner yang bisa terjadi bersama penyakit stroke.

- f. Ekokardiografi, Pemeriksaan dilakukan guna mendeteksi sumber gumpalan pada jantung sekaligus mengecek fungsi dari pompa jantung. Sebab, gumpalan dapat bergeser dari pembuluh darah jantung ke bagian otak yang memicu terjadinya stroke.
- g. USG doppler karotis, Pemeriksaan dilakukan dengan memanfaatkan gelombang suara untuk menghasilkan gambar aliran darah, di dalam pembuluh arteri karotis di leher secara lebih mendetail. Tujuannya yaitu mendeteksi adanya plak atau penumpukan lemak dan keadaan di dalam aliran darah tersebut (Fadli, 2024).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pengkajian klinis terhadap respons klien baik aktual maupun potensial terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami klien. Tujuannya untuk mengetahui reaksi klien (individu), keluarga dan masyarakat terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien Stroke adalah:

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

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

- a) Faktor Risiko: Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial, Penurunan kinerja ventrikel kiri,

Aterosklerosis aorta, Diseksi arteri, Fibrilasi atrium, Tumor otak, Stenosis karotis, Miksoma atrium, Aneurisma serebri, Koagulopati (misalnya anemia sel sabit), Dilatasi kardiomiopati, Koagulasi intravaskuler diseminata, Embolisme, Cidera kepala, Hiperkolesteronemia, Hipertensi, Endokarditis infeksi, Katup prostetik mekanis, Stenosis mitral, Neoplasma otak, Infark miokard akut, Sindrom sick sinus, Penyalahgunaan zat, Terapi trombolitik, Penyalahgunaan zat.

- b) Kondisi Klinis Terkait: Stroke, Cedera kepala, Aterosklerotik aortik, Infark miokard akut, Diseksi arteri, Embolisme, Endokarditis infeksi, Fibrilasi atrium, Hiperkolesterolemia, Hipertensi, Dilatasi kardiomiopati, Koagulasi intravaskular diseminata, Miksoma atrium, Neoplasma otak, Segmen ventrikel kiri akinetik, Sindrom sick sinus, Stenosis karotid, Stenosis mitral, Hidrosefalus, Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri).

2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

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

- a) Penyebab : Kerusakan integritas struktur tulang, Perubahan metabolisme, Ketidakbugaran fisik, Penurunan kendali otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot, Keterlambatan perkembangan, Kekakuan sendi, Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan muskuloskeletal, Gangguan

neuromuskular, Indeks, masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensori persepsi.

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif : Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak

Objektif : Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, Fisik lemah

3) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Definisi : perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi.

a) Penyebab : Gangguan penglihatan, Gangguan pendengaran, Gangguan penghiduan, Gangguan perabaan, Hipoksia serebral, Penyalahgunaan zat, Usia lanjut, Pemajanan toksin lingkungan

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan,

Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman,

perabaan, atau pengecapan

Objektif : Distorsi sensori, Respons tidak sesuai, Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Menyatakan kesal

Objektif : Menyendiri, Melamun, Konsentrasi buruk, Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, Curiga, melihat ke satu arah, Mondar-mandir, Bicara sendiri.

4) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem verbal.

a) Penyebab : Penurunan sirkulasi serebral, Gangguan neuromuskuler, Gangguan pendengaran, Gangguan muskuloskeletal, Kelainan pelatuk, Hambatan fisik (mis. terpasang trakeostomi, intubasi, krikotiroidotomi), Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi), Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi), hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Tidak mampu berbicara atau mendengar,
Menunjukkan respon tidak sesuai

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Afasia, Disfasia, Apraksia, Disleksia, Disatria, Afonia, Dislalia, Pelo, Gagap, Tidak ada kontak mata, Sulit memahami komunikasi, Sulit mempertahankan komunikasi, Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, Sulit menyusun kalimat, Verbalisasi tidak tepat, Sulit mengungkapkan kata-kata, Disorientasi orang, ruang, waktu, Defisit penglihatan, Delusi.

5) Defisit nutrisi (D.0019)

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

a) Penyebab : Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi), Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan)

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, Kram/nyeri abdomen, Nafsu makan menurun.

Objektif : Bising usus hiperaktif, Otot pengunyah lemah, Otot menelan lemah, Membran mukosa pucat, Sariawan, Serum albumin turun, Rambut rontok berlebihan, Diare.

6) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

a) Penyebab : Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskuler, Kelemahan, Gangguan psikologis dan/atau psikotik, Penurunan motivasi/minat

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Menolak melakukan perawatan diri

Objektif : Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, Minat melakukan perawatan diri kurang.

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : (tidak tersedia)

7) Gangguan Menelan (D.0063)

Definisi : Fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus.

a) Penyebab : Gangguan serebrovaskular, Gangguan saraf kranialis, Paralisis serebral, Akalasia, Abnormalitas laring, Abnormalitas orofaring, Anomali jalan napas atas, Defek anatomik kongenital, Defek laring, Defek nasal, Defek

rongga nasofaring, Defek trakea, Refluk gastroesofagus,
Obstruksi mekanis, prematuritas

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengeleuh sulit menelan

Objektif : Batuk sebelum menelan, Batuk setelah makan atau
minum, Tersedak, Makanan tertinggal di rongga mulut

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Oral(tidak tersedia), Faring (Menolak makan)

8) Gangguan Eliminasi Urin (D.0040)

Definisi : Disfungsi eliminasi urin.

a) Penyebab : Penurunan kapasitas kandung kemih, Iritasi

kandung kemih, Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan), Kelemahan otot pelvis, Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi), Hambatan lingkungan, Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital), Imaturitas (pada anak usia < 3 tahun) .

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :Desakan berkemih (Urgensi), Urin menetes (dribbling), Sering buang air kecil, Nokturia, Mengompol, Enuresis

Objektif : Distensi kandung kemih, Berkemih tidak tuntas

(hesitancy), Volume residu urin meningkat

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : (tidak tersedia)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan Rencana keperawatan disusun dalam Buku Referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia, yang berdasarkan urutan kepentingan diagnosis keperawatan yang ditemukan. Perencanaan intervensi keperawatan dibagi menjadi beberapa kelompok intervensi yaitu observasi, terapi, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018a).

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

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam perfusi serebral meningkat

Kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Kognitif meningkat
- 3) Tekanan intrakranial menurun
- 4) Sakit kepala menurun
- 5) Gelisah menurun
- 6) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 7) Tekanan darah sistolik membaik
- 8) Tekanan darah diastolic membaik
- 9) Reflek saraf membaik

Intervensi: : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)

- a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis:

lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

Rasional: Untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan

- b) Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

Rasional: Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK

- c) Monitor MAP (mean arterial pressure)

Rasional: Untuk menghitung tekanan rata-rata arteri

- d) Monitor status pernapasan

Rasional: Untuk pemantauan sesak nafas atau henti nafas

- e) Monitor intake dan output cairan

Rasional: Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi

- f) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)

Rasional: Untuk mengetahui cairan yang keluar dari kepala

- g) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional: agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi maka tekanan darah akan naik

- h) Berikan posisi semi fowler

Rasional: untuk memberikan posisi nyaman bagi klien

- i) Hindari manuver valsava

Rasional: bila ekspirasi paksa dengan menutup bibir dan menutup hidung dapat meningkatkan TIK

- j) Cegah terjadinya kejang

Rasional: kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi shock

k) Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional : suhu tubuh normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks

l) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu

Rasional : sebagai terapi anti kejang

m) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu

Rasional: untuk menghambat resorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung

n) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

Rasional : sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan

2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka mobilitas fisik meningkat

Kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kecemasan menurun
- 6) Kaku sendi menurun
- 7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun
- 8) Gerakan terbatas menurun
- 9) Kelemahan fisik menurun

Intervensi: Dukungan Ambulasi (I.06171)

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Rasional:
Untuk mengetahui apakah klien ada keluhan lain
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
Rasional: untuk mengetahui kemampuan klien dalam melakukan aktivitasnya
- c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
Rasional: untuk mengetahui respon jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
Rasional: mengetahui kondisi klien selama beraktivitas
- e) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)
Rasional: untuk mempercepat proses penyembuhan klien
- f) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
Rasional: sebagai support system agar klien semangat untuk segera pulih
- g) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
Rasional: untuk meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada klien
- h) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
Rasional: agar klien dan keluarga mengetahui serta melakukan mobilisasi rutin
- i) Anjurkan melakukan ambulasi dini
Rasional: Untuk melatih pasien mobilisasi

- j) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

Rasional: untuk memberikan pengetahuan kepada klien mengenai apa yang harus dilakukan pada ambulasi sederhana

3. Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka persepsi sensori membaik

Kriteria hasil:

- 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun
- 2) Distorsi sensori menurun
- 3) Perilaku halusinasi menurun
- 4) Respons sesuai stimulus membaik

Intervensi: Minimalisasi Rangsangan (I.08241)

- a) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan)

Rasional: Untuk mengetahui status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan pasien

- b) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang)

Rasional: Untuk mengetahui tingkat toleransi terhadap beban sensori

- c) Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas)

Rasional: mempertahankan stimulus lingkungan yang normal untuk siang-malam hari

- d) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat

Rasional: Agar aktivitas dan waktu istirahat pasien terjadwal

- e) Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan

Rasional : Untuk mengetahui prosedur dan tindakan dalam satu waktu

- f) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)

Rasional: Agar pasien mengetahui cara meminimalisasi stimulus

- g) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

Rasional: Membantu proses penyembuhan

4. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil:

- 1) Kemampuan berbicara meningkat
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat

Intervensi: Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492)

- a) Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)

Rasional: Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan

fisiologis yang berkaitan dengan bicara

- b) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Rasional: Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

- c) Ulangi apa yang disampaikan pasien

Rasional: Sebagai bentuk dukungan dan memperbaiki kesalahan

- d) Berikan dukungan psikologis

Rasional: Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri pasien

- e) Gunakan juru bicara, jika perlu

Rasional: Untuk mempermudah komunikasi

- f) Anjurkan berbicara perlahan

Rasional: Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah

- g) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

Rasional: Agar pasien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar

- h) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

Rasional: Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

5. Defisit nutrisi (D.0019)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24

jam maka status nutrisi membaik

Kriteria hasil:

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Berat badan membaik
- 3) Indeks massa tubuh (IMT) membaik

Intervensi: Manajemen Nutrisi (I.03119)

- a) Identifikasi status nutrisi

Rasional: Untuk mengetahui status nutrisi pasien

- b) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan pasien

- c) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

Rasional: Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan pasien

- d) Monitor asupan makanan

Rasional: Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien

- e) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Rasional: Untuk mengetahui ada tidaknya kelainan dalam hasil laboratorium

- f) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional: Untuk menambah nafsu makan pasien

- g) Berikan suplemen makanan, jika perlu

Rasional: Untuk menambah stamina pasien

- h) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi

Rasional: Untuk menghindari adanya ketergantungan pasien pada perawat

- i) Ajarkan posisi duduk, jika mampu

Rasional: Untuk memudahkan pasien makan

- j) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: Agar pasien memahami diet yang sedang dijalani saat ini

- k) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
- Rasional: Untuk menentukan asupan kalori yang diperlukan dan untuk mempertahankan berat badan yang sudah ditentukan

6. Defisit perawatan diri (D.0109)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka perawatan diri meningkat

Kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan makan meningkat
- 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat
- 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
- 6) Minat melakukan perawatan diri meningkat

Intervensi: Dukungan Perawatan Diri (I.11348)

- a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

Rasional: Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

b) Monitor tingkat kemandirian

Rasional: Untuk memonitor tingkat kemandirian

c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

Rasional: Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

d) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)

Rasional: Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)

e) Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)

Rasional: Menyiapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)

f) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

Rasional: Untuk menghindari hal yang tidak diinginkan saat melakukan perawatan diri sampai mandiri

g) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

Rasional: Memfasilitasi kemandirian pasien bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

h) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Rasional: Menentukan jadwal rutinitas perawatan diri pasien

i) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai

kemampuan

Rasional: Untuk melatih kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri

7. Gangguan Menelan (D.0063)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka status menelan membaik

Kriteria hasil:

- 1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat
- 2) Reflek menelan meningkat
- 3) Kemampuan mengosongkan mulut meningkat
- 4) Frekuensi tersedak menurun
- 5) Batuk menurun

Intervensi: Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351)

a) Identifikasi diet yang dianjurkan

Rasional: Untuk mengetahui diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien

b) Monitor kemampuan menelan

Rasional: Untuk mengetahui kemampuan menelan pasien

c) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

Rasional: untuk memantau status hidrasi pasien

d) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan

Rasional: untuk menciptakan selera makan pasien

e) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum

Rasional: untuk memberikan pasien posisi yang nyaman untuk makan/minum

f) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan

Rasional: Memfasilitasi pasien sesuai kebutuhan saat minum

- g) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan

Rasional: Untuk meningkatkan nafsu makan pasien

- h) Sediakan makanan dan minuman yang disukai

Rasional: Untuk meningkatkan selera makan pasien

- i) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)

Rasional: Agar memudahkan pasien yang mengalami gangguan penglihatan

- j) Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

Rasional: Untuk membantu meningkatkan kesehatan pasien

8. Gangguan Eliminasi Urin (D.0040)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka eliminasi urin membaik

Kriteria hasil:

- 1) Desakan berkemih (urgensi) menurun
- 2) Urin menetes (dribbling) menurun
- 3) Distensi kandung kemih menurun
- 4) Berkemih tidak tuntas (hesistancy) menurun Intervensi:

Dukungan perawatan diri: BAB/BAK (I.11349)

a) Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia

Rasional: Memahami kebiasaan eliminasi pasien berdasarkan usia membantu dalam mendeteksi perubahan yang mungkin menunjukkan masalah kesehatan.

b) Monitor integritas kulit pasien

Rasional: Memantau kondisi kulit penting untuk mencegah iritasi, luka, atau infeksi akibat kontak dengan urine atau feses.

c) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi

Rasional: Mengurangi hambatan fisik pada proses eliminasi meningkatkan kenyamanan dan efisiensi bagi pasien.

d) Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten

Rasional: Mendorong kebiasaan yang baik dan menjaga kesehatan saluran kemih dan pencernaan.

e) Jaga privasi selama eliminasi

Rasional: Memastikan privasi pasien selama eliminasi meningkatkan rasa aman dan menghormati martabat mereka.

f) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu

Rasional: Untuk menjaga kebersihan dan mencegah iritasi kulit.

g) Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan

Rasional: Mencegah infeksi dan menjaga kesehatan pasien.

h) Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu

Rasional: Membantu pasien mengembangkan rutinitas yang

sehat dan mencegah masalah eliminasi.

- i) Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), jika perlu

Rasional: Menyediakan alat bantu yang tepat meningkatkan kenyamanan dan kemudahan pasien dalam melakukan eliminasi.

- j) Anjurkan BAK/BAB secara rutin

Rasional: Mendorong eliminasi yang teratur membantu menjaga kesehatan saluran kemih dan pencernaan serta mencegah komplikasi.

- k) Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu

Rasional: Untuk menggunakan fasilitas yang tepat mendukung kebersihan dan kenyamanan pasien dalam proses eliminasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh perawat didasarkan oleh pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan dan pemulihan kesehatan klien. Pelaksanaan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (PPNI, 2018). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 (Rofifah, 2019), yaitu:

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional. Sebelum melakukan implementasi beberapa hal yang harus dilakukan (Tarwoto & Wartonah, 2015):

1. Kaji kembali rencana keperawatan dan validasi terhadap pasien dan tim kesehatan lain, serta status kesehatan pasien saat ini;
2. Kaji pengetahuan dan kemampuan untuk melaksanakan rencana implementasi;
3. Persiapan pasien, terangkan tentang tindakan keperawatan, tujuan, apa yang terjadi pada pasien;
4. Persiapan lingkungan seperti ruangan, lampu, alat, sumber-sumber yang dibutuhkan, serta menjaga privasi

Implementasi keperawatan dapat berbentuk:

1. Bentuk perawatan seperti melakukan pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada;
2. Pengajaran/pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan;
3. Konseling pasien untuk memutuskan kesehatan pasien;

4. Konsultasi atau berdiskusi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya sebagai bentuk perawatan holistik;
5. Bentuk penatalaksanaan secara spesifik atau tindakan untuk memecahkan masalah kesehatan;
6. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri;
7. Melakukan monitoring atau pengkajian terhadap komplikasi yang mungkin terjadi terhadap pengobatan atau penyakit yang dialami.

Perencanaan yang dapat diimplementasikan tergantung pada aktivitas berikut ini.

1. Kesiambungan pengumpulan data.
2. Penentuan prioritas.
3. Bentuk intervensi keperawatan.
4. Dokumentasi asuhan keperawatan.
5. Pemberian catatan perawatan secara verbal.
6. Mempertahankan rencana pengobatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam proses keperawatan adalah kegiatan menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal. Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengukur keberhasilan dari perencanaan dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan (PPNI, 2018).

Menurut Rohmam dan Walid (2012), komponen evaluasi digunakan adalah SOAP untuk yang memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien.

S: Data Subjektif: Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan,

O: Data Objektif: Data objektif merupakan data yang berdasarkan pada hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.

A: Analisis: Analisis merupakan interpretasi data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P: Planning: Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan (Palopadang et al., 2019).