

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Stroke Non Hemoragik*

2.1.1 Definisi *Stroke Non Hemoragik*

Stroke Non Hemoragik adalah adalah suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak karena terhambatnya atau berhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan. Pasien stroke non hemoragik umumnya akan mengalami gangguan sensorik dan motorik yang akan mengakibatkan gangguan keseimbangan, kelemahan otot, hilangnya koordinasi, dan hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur/ hemiparesis (Na & Hipertensiva, n.d.2020)

Stroke non hemoragik (SNH) merupakan sindroma klinis sebagai akibat dari gangguan vaskuler. Saat terjadi stroke, aliran darah ke otak terganggu sehingga terjadinya iskemik yang berakibat kurangnya aliran glukosa, oksigen dan bahan makanan lainnya ke sel otak (Brunner & Suddarth, 2018). Stroke non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder (Agustin & Adityasto, 2019).

Stroke hemoragik adalah *stroke* yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Sementara yang menjadi factor penyebab pecahnya pembuluh darah adalah hipertensi (Aizid, 2017).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut (Manurung et al., (2018) stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke perdarahan (stroke hemoragik) dan stroke yang disebabkan suplai darah ke otak tersumbat (*stroke non hemoragik*). Secara garis besar, *stroke* dibagi menjadi *stroke hemoragik* (stroke perdarahan) yang ditandai dengan terlalu banyak darah dalam rongga tengkorak tertutup, dan stroke non hemoragik (stroke iskemik) yang ditandai dengan terlalu sedikit darah untuk memasok oksigen dan nutrisi supaya cukup ke bagian otak. Berikut ini adalah jenis-jenis stoke menurut (Manurung et al., 2018) :

1. Stroke Non Hemoragik (stroke sumbatan), yang paling sering terjadi
 - a. Stroke emboli: bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang terangkut menuju otak.
 - b. Stroke trombotik: bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak.

Stroke non hemoragik pada dasarnya disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak yang kemudian menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak. Stroke ini sering diakibatkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut diarteri otak. Jenis stroke ini merupakan jenis stroke yang tersering didapatkan, sekitar 80% dari semua stroke. Stroke jenis ini juga bisa disebabkan oleh berbagai hal yang menyebabkan terhentinya aliran darah otak antara lain, syok, hipovolemia, dan berbagai penyakit lain.

2. Stroke Hemoragik (Stroke berdarah)

- a. Perdarahan intraserebral: pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel-sel otak mati sehingga berdampak pada kerja otak berhenti. Penyebab tersering adalah hipertensi.
- b. Perdarahan subarachnoid: pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor diantara otak dan tulang tengkorak. Penyebabnya bisa berbeda-beda, tetapi biasanya karena pecahnya aneurisma (RI, 2019).

2.1.3 Etiologi

Menurut (Mulyatsih & Arizia, 2015) darah yang menuju ke otak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal yaitu *stroke non hemoragik* disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah dan penebalan pada dinding pembuluh darah yang disebut dengan atherosclerosis dan bekuan darah yang bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah, yang dikenal dengan istilah thrombus. Yang kedua adalah tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari thrombus di jantung. Thrombus atau bekuan darah di jantung ini biasanya terjadi pada pasien yang terpasang katup jantung buatan, setelah serangan miokard akut, atau pasien dengan gangguan irama jantung berupa febrilasi atrial, yaitu irama jantung yang tidak teratur yang berasal dari serambi jantung.

Menurut Muttaqin, 2019 penyebab *stroke non hemoragik* biasanya diakibatkan dari kejadian di bawah ini diantaranya:

1. Trombus Serebral, Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. dibawah ini dapat menyebabkan trombosis otak antara lain:
 - a. Aterosklerosis (mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya ketentuan atau elastisitas pembuluh darah).
 - b. Hiperkoagulasi pada polisitemia (darah bertambah kental, peningkatan viskositas hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebal).
 - c. Arteritis (radang pada arteri).
2. Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada emboli menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis ini berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat arteri serebal. emboli terjadi sangat cepat dan gejala kurang lebih 10-30 detik, ada beberapa keadaan yang dapat menimbulkan emboli:
 - a. Miokard infark
 - b. Fibrilasi keadan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.
 - c. Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Desease (RHD).
 - d. Endokarditis adalah bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium.

3. Iskemia merupakan suplai darah ke jaringan tubuh berkurang karena penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan Gejala Stroke Non Hemoragik seperti (Wijaya & Putri, 2014):

1. Kehilangan Motorik
 - a. Kelumpuhan dan kelemahan pada salah satu anggota tubuh
 - b. Penurunan kekuatan otot
2. Gangguan dalam Komunikasi
 - a. Kelumpuhan pada saraf yang berfungsi untuk berbicara dan menyebabkan kesulitan dalam berbicara atau biasa disebut disartria
 - b. Kehilangan kemampuan dalam berbicara, bicara cedal atau Pelo dan
 - c. Mulut mencong atau tidak simetris (Facial Palsy)
3. Gangguan Persepsi
 - d. Kehilangan setengah lapang pandang yang berkaitan dengan sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan atau biasa disebut hemiamopsia
 - e. Kehilangan sensori seperti kehilangan rasa peka dan sentuhan.
4. Faktor Resiko

Stroke non hemoragik merupakan proses yang multi kompleks dan didasari oleh berbagai macam factor resiko. Ada faktor yang tidak dapat dimodifikasi, dapat dimodifikasi dan masih dalam penelitian yaitu :

 - a. Tidak dapat dirubah

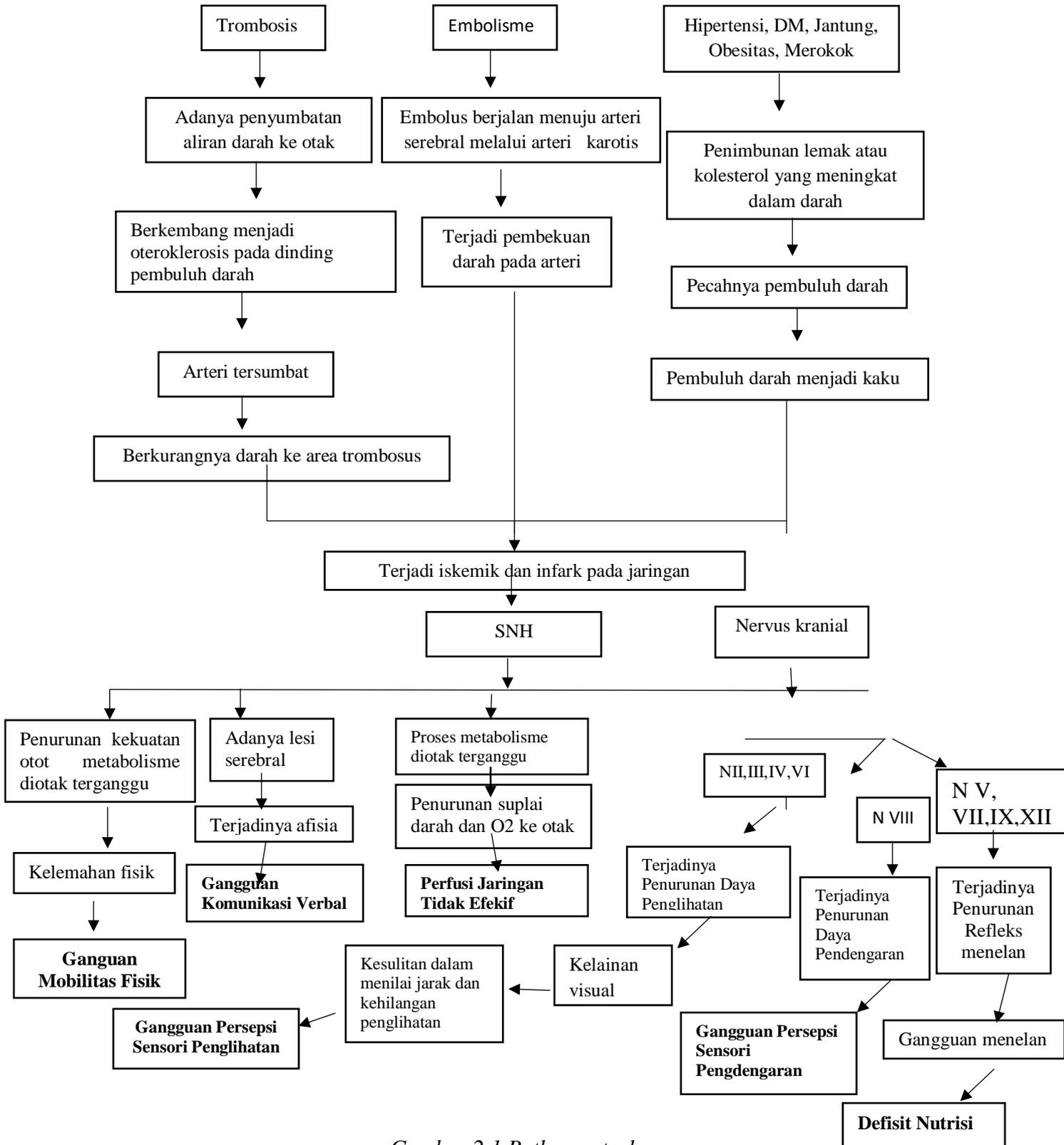
- 1) Usia
 - 2) Jenis kelamin
 - 3) Ras-genetik
- b. Dapat dirubah
- 1) Hipertensi
 - 2) Merokok
 - 3) Diabetes melitus
 - 4) Kelainan jantung
 - 5) Hiperlipidemia.

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi utama *stroke* mendasari penyakit jantung atau pembuluh darah. Kondisi patologis utama antara lain hipertensi, aterosklerosis yang menyebabkan penyakit arteri koroner, dislipidemia, penyakit jantung, dan hiperlipidemia. Ada dua jenis stroke yang disebabkan oleh penyakit ini: stroke iskemik dan stroke hemoragik (Luthfiyah et al., 2022). Stroke iskemik atau oklusif disebabkan oleh pembuluh darah di otak yang menutup dengan cepat dan tiba-tiba sehingga memutus aliran darah, kekurangan oksigen selama lebih dari 60 hingga 90 detik mengganggu fungsi jaringan otak. Pembekuan dan oklusi darah, seperti aterosklerosis, menyebabkan iskemia pada jaringan otak melalui proses hipoksia dan anoksik serta kerusakan jaringan saraf di sekitarnya. Oklusi emboli yang terbentuk di area sirkulasi lain pada sistem peredaran darah, biasanya terjadi di jantung atau sebagai komplikasi fibrilasi atrium, dapat terlepas dan memasuki aliran darah otak sehingga mengganggu

sirkulasi otak (Parijan, 2020). Oklusi akut pembuluh darah otak membagi wilayah otak menjadi dua wilayah, wilayah inti dan wilayah perifer, tergantung pada tingkat keparahan otak. Wilayah nuklir adalah area atau bagian otak di mana kurang dari 100 ml/100 g jaringan otak menerima aliran darah per menit. Area ini berisiko menjadi nekrotik dalam beberapa menit. Kedua, penumbra merupakan area otak yang aliran darahnya terhambat, namun masih lebih baik dibandingkan area inti karena area ini tetap menerima perfusi dari pembuluh darah lain. Aliran darah tepi adalah 10 sampai 25 cc per 100 g jaringan otak per menit. Wilayah penumbra memiliki prognosis yang lebih baik dibandingkan wilayah inti. Karakteristik neurologis *stroke* iskemik tidak hanya bergantung pada ukuran nukleus dan perifer, tetapi juga pada kemampuan oklusi menyebabkan kekakuan pembuluh darah dan vasospasme (Adnan, 2023). Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau penyumbatan aliran darah merupakan proses biomolekuler yang terjadi secara cepat dan progresif pada tingkat sel. Proses ini disebut kaskade iskemik. Ketika aliran darah terganggu, jaringan kehilangan oksigen dan glukosa, yang merupakan sumber energi utama untuk melakukan proses potensial membran. Defisit energi ini menyebabkan metabolisme anaerobik di daerah yang kekurangan oksigen dan gula (Sarani, 2021).

2.1.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway stroke

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut (Kowalak, Welsh and Mayer, 2017) penatalaksanaan stroke dibagi menjadi penatalaksanaan umum medis dan khusus/kompilikasi meliputi:

1. Penatalaksanaan Umum
 - a. Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral decubitus (posisi tidur menyamping) bila disertai muntah dan lakukan mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
 - b. Bebaskan jalan napas dan usahakan ventilasi adekuat, bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit.
 - c. Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
 - d. Kontrol tekanan darah dan pertahankan tetap normal.
 - e. Suhu tubuh harus dipertahankan.
 - f. Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau terjadi penurunan tingkat kesadaran dianjurkan pemasangan NGT.
 - g. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
2. Penatalaksanaan Medis
 - a. Trombolitik (streptokinase/obat pengencer darah yang bekerja untuk mengencerkan bekuan/gumpalan darah di pembuluh darah).
 - b. Anti platelet/anti trombolitik (asetol, ticlopidin, cilostazol, dipiradamol)
 - c. Antikoagulan (heparin)

- d. Antagonis serotonin (noftidrofuryl)
 - e. Antagonis calsium (nomodipin, piracetam)
3. Penatalaksanaan khusus/komplikasi
- a. Penatalaksanaan faktor resiko seperti anti hipertensi, anti hiperglikemia (gula darah tinggi) dan anti hiperurisemia (peningkatan asam urat yang sangat tinggi).
 - b. Atasi kejang (antikonvulsan adalah obat untuk mengatasi kejang).
 - c. Atasi tekanan intraknial yang meninggi (manitpl, gliserol, furosemide, intubasi, steroid dan lain-lain).
 - d. Atasi dekompresi (kraniotomi).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Sherly Amanda, 2022) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada stroke non hemoragik yaitu:

1. Angiografi Serebral

Pemeriksaan dengan menggunakan sinar rontgen untuk mengetahui pembuluh darah yang tidak mendapat aliran oksigen yang adekuat pada arteri dan vena. Dalam proses angiografi Dokter akan menyuntikan zat pewarna (kontras) ke pembuluh darah dan aliran darah bisa terlihat jelas dilayar monitor dan masalah yang ada dipembuluh darah dapat diketahui seperti penyempitan atau penyumbatan oklusi atau aneurisma.

2. Elektro Encefalografi (EEG)

Pemeriksaan dengan memperlihatkan dan mengidentifikasi suatu penyebab yang ditentukan dari gelombang otak, yaitu ditunjukkan adanya perlambatan gelombang pada spektra sinyal EEG (terdapat aktivitas sinyal delta) dan berkurangnya volume serebral saat aliran darah di otak menurun dan terjadi perlambatan frekuensi dibagian otak yang mengalami kematian.

3. Computed Tomography Scanning (CTScan)

Pemeriksaan dengan memperlihatkan secara spesifik letak edema, jaringan otak yang iskemik. Pada 24-48 jam terlihat dibagian otak berwarna lebih gelap berwarna gelap atau hipodens (hitam ringan sampai berat) akibat kurangnya asupan oksigen di jaringan otak.

4. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Pemeriksaan menunjukkan hasil seperti adanya peningkatan TIK, tekanan yang abnormal, didapatkan area yang mengalami iskemik. Pada stroke non hemoragik terdapat gambaran karakteristik sinyal MRI hipointens (hitam) dan hiperintens (putih).

5. Ultrasonografi Doppler

Pemeriksaan untuk mengetahui pembuluh darah intrakranial dan ekstra kranial dengan menentukan apakah terdapat stenosis arteri karotis

6. Pemeriksaan laboratorium.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi stroke antara lain hipoksia serebral, penurunan aliran darah otak, dan luasnya cedera yang menyebabkan perubahan aliran darah otak sehingga mengurangi ketersediaan oksigen ke otak dan berujung pada kematian jaringan otak (Bararah, & jauhar, 2021).

Menurut Komplikasi Stroke (Pudiastuti, 2019), pasien stroke yang berbaring dalam jangka waktu lama dapat mengalami gangguan fisik dan mental seperti: Hal ini juga dapat menyebabkan emboli paru, yaitu

1. bekuan darah yang terbentuk di arteri yang memasok darah ke paru-paru.
2. Luka baring area yang umum terjadinya memar adalah punggung bagian bawah, bokong, persendian kaki, dan tumit. Jika memar ini tidak ditangani dengan benar, luka tekan dan infeksi akan berkembang.
3. Pneumonia Penderita stroke mengalami kesulitan batuk dan menelan yang menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru sehingga menyebabkan pneumonia.
4. Atrofi dan kekakuan sendi (kontraktur) hal ini disebabkan oleh kurangnya gerak dan imobilisasi.
5. Depresi dan kecemasan gangguan mood sering terjadi pada stroke dan menimbulkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan akibat perubahan atau hilangnya fungsi tubuh.

2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1 Pengertian

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerak fisik mandiri pada satu atau lebih anggota tubuh (PPNI, 2016).

2.2.2 Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik

Gejala dan tanda mayor	Gejala dan tanda minor
Subjektif	Subjektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	1. Nyeri saat bergerak 2. Tidak melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak
Objektif	Objektif
1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Sumber: TIM POKJA SDKI DPP PPNI, Standar diagnosis Keperawatan

Indonesia Definisi dan Indikator diagnostic, 2017)

2.2.3 Dampak gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik

Dampak yang terjadi apabila gangguan mobilitas fisik tidak segera diatasi yaitu hemiplegia/hemiparesis, kontraktur dan spastisitas (Syikir,2019).

1. Hemiplegia/hemiparesis

Kelainanan ini merupakan gangguan fungsi motorik karena terjadinya lesi pada bagian upper motor neuron (UMN) yang mengakibatkan kelumpuhan pada separuh sisi tubuh, terutama pada bagian lengan dan tungkai.

2. Kontraktur

Kontraktur disebabkan oleh pemendekan otot dan dan sendi yang menyebabkan deformitas dan keterbatasan gerak sendi. Kontraktur terjadi karena transport Ca^{2+} ke dalam retikulum dihambat sehingga tidak terjadi relaksasi meskipun tidak ada potensial aksi.

3. Spastisitas

Spastisitas merupakan suatu keadaan peningkatan tonus otot dalam otot yang lemah. Pada awalnya tahanan diakibatkan oleh adanya tegangan yang cepat diikuti dengan relaksasi secara tiba-tiba.

2.3 Konsep Terapi Manajemen Relaksasi Progresif

2.3.1 Pengertian

Teknik relaksasi otot progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot, dengan mengidentifikasi otot yang tegang, kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan rileks. Teknik relaksasi otot progresif dilakukan dengan cara mengendorkan atau mengistirahatkan otot-otot pikiran dan mental dan bertujuan untuk mengurangi kecemasan (Ulya & Faidah, 2022).

2.3.2 Tujuan

Tujuan terapi otot relaksasi progresif menurut Herodes (2019):

1. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah, frekuensi jantung, laju metabolik.
2. Mengurangi distrimia jantung dan kebutuhan oksigen
3. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian rileks.
4. Meningkatkan rasa kebugaran konsentrasi.
5. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress
6. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, dan fobia ringan.
7. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

2.3.3 Manfaat

Relaksasi otot progresif bermanfaat untuk memberikan sensasi rileks dan menurunkan stress. Respon stress berupa jalur umpan balik yang tertutup antara otot yang mengirimkan stimulus ke otak dan membuat jalur umpan balik. Relaksasi otot progresif akan menghambat jalur umpan balik stress dengan mengaktivitasi kerja sistem saraf parasimpatis dan memanipulasi hipotalamus melalui pemusatan pikiran untuk memperkuat sikap positif sehingga rangsangan stress dapat berkurang. Sensasi rileks yang diberikan dapat menurunkan stress sehingga menurunkan kadar kortisol dalam tubuh sehingga kadar glukosa darah juga akan stabil (Snyder & Lindquist, 2019; Copstead & Banasik, 2022).

Latihan relaksasi otot progresif dapat membantu menurunkan resistensi perifer dan menaikkan elastisitas pembuluh darah. Oksigen akan diedarkan ke seluruh tubuh dengan lebih sempurna. Relaksasi ini mengakibatkan regangan pada arteri akibatnya terjadi vasodilatasi pada arteri dan vena dimana efeknya dapat memperlebar pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah secara langsung (Sucipto, 2019).

Latihan terapi relaksasi progresif merupakan salah satu teknik relaksasi otot yang telah terbukti dalam program untuk mengatasi keluhan insomnia, ansietas, kelelahan, kram otot, nyeri pinggang dan leher, tekanan darah meningkat, fobia ringan, dan gagap (Eyet, Zaitun, & Ati 2022).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik*

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2022). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain

1. Identitas Klien

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

2. Keluhan Utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat Penyakit sekarang

Serangan stroke seringkali berlansung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intarakranial.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi

oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan obesitas.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melituus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

6. Pengkajian Psikososiospritual

Pengkajian psikososiospritual klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruh dalam kehidupan sehari-hari, baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat.

7. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran

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

b. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole >140 dan diastole >80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari.

2) Nadi

Pada pasien *stroke non hemoragik* nadi biasanya normal 60-100 x/menit.

3) Suhu

Biasanya pada pasien stroke non hemoragik tidak ada masalah pada suhu tubuh.

c. Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik.

d. Wajah

Pada pasien *stroke non hemoragik* biasanya bentuk wajah simetris, wajah pucat, pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) biasanya pasien menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata. Sedangkan nervus VII (facialis) biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien

menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

e. Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya luas pandang 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien membuka mata, Nervus IV (troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan Perawat keatas dan bawah. Nervus VI (abduksen): biasanya hasil yang didapat pasien dapat mengikuti tangan Perawat ke kiri dan kanan.

f. Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan Perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda daripada nervus VIII (vetibulokoklearis): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung.

g. Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, spoor, sopor coma hingga koma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mecong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus): biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

h. Telinga

Biasanya bentuk simetris. Pada pemeriksaan nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari Perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dengan keras dan artikulasi yang jelas.

i. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky (+).

j. Paru-paru

Inspeksi: biasanya simetris kanan dan kiri.

Palpasi: biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan.

Perkusi: biasanya bunyi normal sonor.

Auskultasi: biasanya suara normal vesikuler.

k. Jantung

Inspeksi: biasanya iktus kordis tidak terlihat.

Palpasi: biasanya iktus kordis teraba.

Perkusi: biasanya batas jantung normal.

l. Abdomen

Inspeksi: biasanya simetris, tidak ada asites.

Palpasi: biasanya tidak ada pembesaran hepar.

Perkusi: biasanya terdapat suara tympani.

Auskultasi: biasanya bising usus pasien terdengar pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores, biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

m. Ekstermitas

1) Atas

Biasanya terpasang infus bagian dextra atau sinistra. Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius): biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawah tahanan pada bahu yang diberikan Perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflekbicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromner (+)).

2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (refelek babinsky (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek Caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek Gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (refelek patella (+)).

n. Aktivitas Dan Istirahat

Gejala: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat

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

o. Sirkulasi

Gejala: adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural

Tanda: hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuler, frekuensi nadi bervariasi dan distrimia.

p. Integritas Ego

Gejala: perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa

Tanda: distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

q. Eliminasi

Gejala: terjadi perubahan pola berkemih

Tanda: distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

r. Makanan atau Minuman

Gejala: nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes melitus, peningkatan lemak dalam darah.

Tanda: kesulitan menelan dan obesitas.

s. Neurosensori

Gejala: sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstermitas, penglihatan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

Tanda: status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kognitif, pada wajah terjadi paralisis, afiksia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

t. Kenyamanan atau nyeri

Gejala: sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda.

Tanda: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.

u. Pernapasan

Gejala: merokok

Tanda: ketidakmampuan menelan atau batuk, hambatan jalan napas, timbulnya sulit bernafas, dan suara nafas terdengar ronchi.

v. Keamanan

Tanda: masalah dengan penglihatan, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan dengan penurunan kekuatan otot.
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neoromuskular.
3. Perfusi perifer tidak efektif.
4. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran ditandai dengan trauma pada saraf kranial, II, III, IV, Dan VI akibat stroke, aneurisma, intrakranial, trauma/tumor otak.
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4.1 Intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	SLKI	SIKI
(D.OO54) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan (L.05042) mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstermitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat Nyeri menurun Kecemasan menurun Kaku sendi menurun Gerakan tidak terkoordinasi menurun Gerakan terbatas menurun Kelemahan fisik menurun. 	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> Dukungan Ambulasi (I.06171) <ul style="list-style-type: none"> Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (misalnya, tongkat, kruk). Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. Anjurkan melakukan ambulasi dini. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi). Dukungan Mobilisasi (I.05173) <ul style="list-style-type: none"> Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya, pagar tempat tidur). Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

		<ul style="list-style-type: none"> b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya, duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
(D. 0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan stroke	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan (L. 03030) status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Porsi makanan yang dihabiskan membaik. b. Kekuatan otot mengunyah membaik. c. Kekuatan otot menelan membaik. d. Perasaan cepat kenyang menurun. e. Nyeri abdomen menurun. f. Berat badan membaik. g. Indeks masa tubuh (IMT) membaik h. Frekuensi makan membaik. i. Nafsu makan memmbaik. j. Bising usus membaik. 	<p>Intervensi Utama</p> <p>1. Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai. d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik. f. Monitor asupan makanan. g. Monitor berat badan. h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan orah hygiene sebelum makan, jika perlu. b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (misalnya, piramida makanan). c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f. Berikan suplemen makanan, jika perlu. g. Hnetikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu. b. Ajarkan diet yang diprogramkan. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalnya, pereda nteri, antiemetik), jika perlu. b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu). <p>2. Promosi Berat Badan (I.03136)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemungkinan penyebab berat badan kurang. b. Monitor adanya mual muntah. c. Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari. d. Monitor berat badan. e. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit, serum.

		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (misalnya, makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomi, total parenteral nutrition sesuai indikasi). Hidangkan makanan secara menarik Berikan suplemen, jika perlu. Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan.
(D. 0085) Gangguan persepsi sensorik berhubungan dengan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran ditandai dengan trauma pada saraf kranialis, II, III, IV, dan VI, akibat stroke aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Persepsi Sensorik membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Respons sesuai stimulus membaik. Konsentrasi membaik. 	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> Minimalisasi Rangsangan (I.08241) <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa status mental, status sensorik, dan tingkat kenyamanan (misalnya, nyeri, kelelahan). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensorik (misalnya, bising, terlalu terang). Batasi stimulus lingkungan (misalnya, cahaya, suara, aktivitas). Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat. Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (misalnya, mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan). <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus.
(D. 0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Komunikasi verbal (L.13118) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemampuan berbicara meningkat Kemampuan mendengar meningkat. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> Promosi Komunikasi Defisit Berbicara (I.13492) <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya, memori, pendengaran, dan bahasa).

	<ul style="list-style-type: none"> d. Kontak mata meningkat e. Afasia menurun f. Disfasia menurun g. Apraksia menurun h. Disieksia menurun i. Disatria menurun j. Afonia menurun k. Disialia menurun l. Pelo menurun m. Gagap menurun. 	<ul style="list-style-type: none"> c. Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara. d. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer). b. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misalnya, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien). c. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan d. Ulangi apa yang disampaikan pasien. e. Berikan dukungan psikologis f. Gunakan juru bicara, jika perlu. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan berbicara perlahan b. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.
(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Perfusi perifer (L. 02011) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Denyut nadi perifer meningkat. b. Warna kulit pucat menurun c. Edema Perifer menurun d. Nyeri ektermitas menurun e. Parastesia menurun f. Kelemahan otot menurun. g. Pengisian kapiler membaik h. Akral membaik i. Turgor kulit membaik. j. Tekanan darah membaik 	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan Sirkulasi Tindakan Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Periksa sirkulasi perifer (misalnya, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index) b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (misalnya, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kolesterol tinggi). c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ektermitas. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi. b. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera c. Lakukan pencegahan infeksi. d. Lakukan perawatan kaki dan kuku. e. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan berhenti merokok. b. Anjurkan berolahraga rutin.

-
- c. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar.
 - d. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu.
 - e. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.
 - f. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta.
 - g. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (misalnya, melembabkan kulit kering pada kaki).
 - h. Anjurkan program rehabilitasi vaskular
 - i. Ajarkan program diet sirkulasi (misalnya, rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
 - j. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misalnya, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
-

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dalam konteks perawatan kesehatan merujuk pada langkah-langkah yang diambil sesuai dengan rencana perawatan, yang mencakup tindakan yang dapat dilakukan secara mandiri (independen) oleh perawat serta tindakan kolaborasi yang melibatkan keputusan bersama dengan profesional kesehatan lainya seperti Dokter dan tenaga kesehatan lainya. Salah satu contoh tindakan mandiri yang dapat dilakukan adalah melaksanakan latihan teknik manajemen relaksasi otot progresif pada pasien. Sementara itu, tindakan kolaborasi adalah tindakan yang melibatkan kerjasama dan koordinasi antara berbagai anggota tim kesehatan untuk merencanakan dan melaksanakan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam konteks perawatan kesehatan merupakan proses yang berujuan untuk mengukur sejauh mana tujuan perawatan telah tercapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien. Evaluasi keperawatan melibatkan beberapa komponen, diantaranya:

Subjektif (S): bagian ini berisi informasi yang diberikan oleh pasien. Ini mencakup keluhan, riwayat penyakit, dan gejala yang dirasakan pasien.

Objektif (O): Komponen ini berisi informasi yang dapat diukur secara objektif, seperti hasil pemeriksaan fisik, hasil tes laboratorium, tekanan darah, suhu tubuh, dan temuan fisik lainnya.

Analisis (A): pada bagian, petugas kesehatan menganalisa data yang telah di kumpulkan dari bagian subjektif (S) dan objektif (O), kemudian membuat diagnosa atau penilaian tentang kondisi pasien, termasuk masalah utama, penyebabnya, dan sejauh mana masalah tersebut mempengaruhi pasien.

Perencanaan (P): komponen ini berisi rencana tindakan yang akan di ambil berdasarkan penilain dalam analisa ini mencakup rencana perawatan, perawatan, tindakan lanjutan, dan tindakan pencegahan yang akan dilakukan untuk membantu pasein memperbaiki kondisinya.