

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

i. Konsep Dasar Teori Penyakit

1. Pengertian

Stroke merupakan suatu kondisi perubahan neurologis berupa gangguan fungsi otak baik fokal maupun global yang disebabkan karena adanya gangguan suplai darah ke otak yang berkembang cepat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih yang dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas (Denny, P, 2021).

Menurut Rudi, H. (2021), Stroke diklasifikasikan menjadi dua yaitu stroke iskemik(stroke non hemoragik) dan stroke hemoragik. Stroke iskemik terjadi akibat penyumbatan aliran darah arteri yang lama ke bagian otak, sedangkan stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah otak pecah atau bocor.

2. Etiologi

Menurut Rudi, H. (2021), Stroke disebabkan oleh arteri yang tersumbat (stroke iskemik) dan dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah ke otak yang tidak menyebabkan kerusakan permanen.

a. Stroke Non Hemoragik

Sekitar 80% kasus stroke adalah stroke iskemik. Stroke

iskemik terjadi menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemia). Stroke iskemik dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

1) Stroke Trombotik

Terjadi ketika gumpalan darah (trombus) terbentuk di salah satu arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan tersebut disebabkan oleh deposit lemak (plak) yang menumpuk di arteri yang menyebabkan aliran darah berkurang (arterosklerosis) atau kondisi arteri lainnya.

2) Stroke Embolik.

Terjadi ketika gumpalan darah atau debris lainnya menyebar ke otak dan tersapu melalui aliran darah. Jenis gumpalan darah ini disebut embolus. sumber umum embolus menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komonis atau aorta.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah. Perdarahan di otak dapat disebabkan oleh banyaknya kondisi yang mempengaruhi pembuluh darah antara lain:

- 1) Tekanan darah tinggi (hipertensi)
- 2) *Overtreatment* (pengencer darah)
- 3) Melemahnya dinding pembuluh darah (*aneurisma*).

Penyebab perdarahan yang kurang umum adalah pecahnya jaringan abnormal pembuluh darah berdinding tipis. Jenis stroke

hemoragik meliputi:

1) Perdarahan Intraserebral.

Dalam perdarahan intraserebral, pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak di sekitarnya, sehingga merusak sel-sel otak.

2) Perdarahan Subaraknoid.

Perdarahan subaraknoid biasanya di sebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan di arteri. Pembengkakan membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah. Penyebab aneurisma serebral sendiri belum di ketahui. Bebarapa penderita aneurisma mengalami kondisi ini sejak lahir dengan perkembangan yang sangat lambat.

3. Patofisiologi

Menurut Rudi, H. (2021), Patofisiologi utama stroke adalah penyakit jantung atau pembuluh darah yang mendasarinya. Dua jenis yang stroke yang dihasilkan dari penyakit ini adalah stroke iskemik dan hemoragik

a. Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik atau stroke penyumbatan disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama

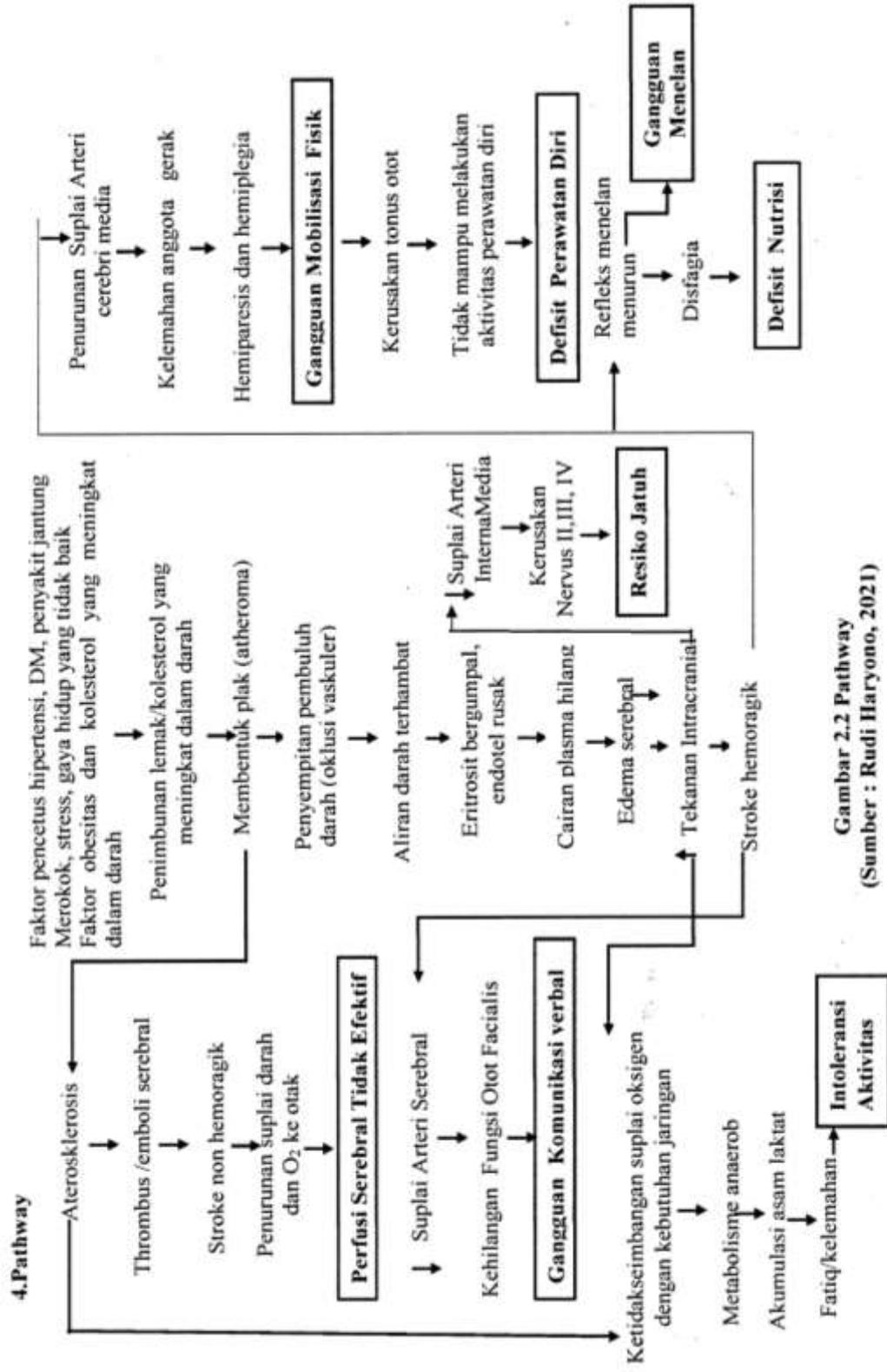
lebih dari 20 sampai 90 detik akan menurun fungsinya.

Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dan fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai ekstrasvasari darah keparenkim otak akibat penyebab nontraumatis. Stroke perdarahan sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah. Penyebab kelemahan pembuluh darah tersering pada stroke adalah aneurisma dan malformasi arteriovenous (AVM). Ekstrasvasasi darah keparenkim otak ini berpotensi merusak jaringan sekitar melalui kompresi jaringan akibat dari perluasan hematoma.

Faktor predisposisi dari stroke hemoragik yang sering terjadi adalah peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah adalah salah satu faktor hemodinamika kronis yang menyebabkan pembuluh darah mengalami perubahan struktur atau kerusakan vascular. Perubahan struktur yang terjadi meliputi lapisan elastik eksternal dan lapisan adventisia yang membuat pembuluh darah menipis. Peningkatan tekanan darah yang mendadak dapat membuat pembuluh darah pecah.



Gambar 2.2 Pathway (Sumber : Rudi Haryono, 2021)

4. Manifestasi Klinis

Menurut Rudi, H. (2021), Manifestasi klinis Stroke sebagai berikut:

- a. Kesulitan berbicara dan kebingungan.
Pasien mengalami kesulitan untuk mengucapkan kata-kata dan mengalami kesulitan memahami ucapan
- b. Kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan dan kaki.
Penderita stroke bisa mengalami mati rasa tiba-tiba, kelemahan atau kelumpuhan di wajah, lengan atau kaki. Hal ini sering terjadi satu sisi tubuh,
- c. Kesulitan melihat dalam satu atau kedua mata.
Penderita stroke akan mengalami gangguan penglihatan seperti pandangan kabur atau hitam di satu atau dua mata.
- d. Sakit kepala dan tiba-tiba dan parah, yang mungkin di sertai dengan muntah, pusing atau perubahan kesadaran, mungkin menunjukkan seseorang mengalami stroke.
- e. Kesulitan berjalan
Penderita stroke mungkin tersandung atau mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Rudi, H. (2021), ada beberapa tes yang perlu dilakukan untuk menentukan risiko, termasuk:

- a. Pemeriksaan Fisik.
Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui gejala apa yang dialami,

kapan gejala mulai dirasakan, dan reaksi pasien terhadap gejala tersebut. selain itu riwayat kesehatan, riwayat konsumsi obat-obatan, dan cedera juga perlu dicatat.

b. Tes Darah.

Pasien harus menjalani serangkaian tes darah agar tim perawatan mengetahui seberapa cepat gumpalan darah berkembang, apakah gula darah tinggi atau rendah secara abnormal, apakah zat kimia darah tidak seimbang, atau apakah pasien mengalami infeksi.

c. Pemeriksaan CT scan.

CT scan menggunakan serangkaian sinar-x untuk membuat gambar detail dari otak. CT scan dapat menunjukkan perdarahan, tumor, stroke, dan kondisi lainnya

d. Pencitraan Resonansi Magnetic (MRI).

MRI menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk menciptakan tampilan rinci otak.

e. USG Karotis.

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

f. Angiogram Serebral.

Dalam tes ini, dokter memasukan tabung tipis (kateter) tipis melalui sayatan kecil (biasanya di pangkal paha) melalui arteri utama dan ke arteri karotid atau vertebral.

g. Ekokardiogram (EKG).

Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk membuat detail dari jantung. Ekokardiogram dapat menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke.

6. Komplikasi

Menurut Taufan (2018) komplikasi stroke sebagai berikut :

- a. Hipoksia serebral
- b. Penurunan Aliran Darah
- c. Embolisme Serebral
- d. Inkontinensia
- e. Kontraktur
- f. Abrasi Kornea
- g. Decubitus
- h. Encephalitis
- i. CHF(*Congestif Heart Failure*)
- j. Distrimia.
- k. Vasopasme

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut Harsono (2021) adalah sebagai berikut :

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Pemberian alteplase dengan dosis 0.6-0.9 g/kgBB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena.
- 2) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis intravena atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular.
- 3) Pemberian obat-obatan seperti Nicardipin, ACE inhibitor, Beta blocker, Diuretik, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi.
- 4) Pemberian obat-obatan seperti anti diabetikoral maupun insulin sebagai manajemen gula darah.
- 5) Trombolitik merupakan penggunaan obat-obatan untuk melarutkan gumpalan darah yang merupakan penyebab utama serangan stroke non hemoragik.
- 6) Pemberian obat-obatan antikoagulan, terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan gumpalan darah dan mengurangi emboli seperti warfarin.
- 7) Antiplatelet golongan obat ini sering di gunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulang dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.
- 8) Pemberian obat-obatan neuroprotektor seperti citicholine, piracetAm, dan pentoxyfiline

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Bedrest total dengan posisi kepala head up 15-30°
- 2) Berikan terapi oksigen 2-3 L/ menit dengan nasal kanul
- 3) Pasang infus IV sesuai kebutuhan

- 4) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul
- 5) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi

c. Rehabilitasi

- 1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- 2) Program manajemen bladder dan bowel.
- 3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak *Range Of Motion* (ROM).
- 4) Terapi latihan genggaman bola karet.
- 5) Pertahankan integritas kulit.
- 6) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- 7) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

ii. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke

Pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Stroke terdiri atas 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Kelima proses ini harus dijalankan secara berkesinambungan antara satu terhadap dengan tahapan lainnya.

1. Pengkajian

Data spesifik yang dikaji pada pasien stroke menurut Rudi, H (2021) meliputi:

a. Pengumpulan data

1) Biodata

- a) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, tanggal masuk RS, tanggal

pengkajian, diagnosa medis).

- b) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan Utama

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

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Serangan stroke berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga.

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

3) Pola-Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan.

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, serta penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola Nutrisi dan Metabolik.

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah pada fase akut. Apakah sering mengonsumsi masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati, limpa, usus dan bagaimana nafsu makannya. Apakah ada ketergantungan mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol.

c) Pola Eliminasi.

Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara.

d) Pola Aktivitas dan Latihan.

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoris atau paralisis/hemiplegia, kesukaran untuk istirahat karena kejang/nyeri otot.

e) Pola Sensori dan Kognitif.

Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan atau

pandangan kabur, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses pikir

f) Pola Tidur dan Istirahat.

Biasanya pasien mengalami gangguan pola tidur, mengeluh tidur tidak nyenyak.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan tidak kooperatif.

h) Pola Hubungan dan Peran

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

i) Pola Reproduksi Seksual

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

j) Pola Koping/Toleransi Stres.

Pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah kerana gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.

k) Pola Nilai/Kepercayaan.

Pola tata nilai dan kepercayaan pasien biasanya jarang melakukan ibadah kerana tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau

kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

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

2) Tanda-Tanda Vital

Nadi mungkin cepat dan halus, pernapasan kadang ngorok jika terdapat kematian batang otak sebagai pusat pernapasan.

3) Pemeriksaan Integumen

Kulit : Pucat, turgo kulit menurun, tanda dekubitus

Kuku : perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis

Rambut : warna rambut, kotor atau tidak, rontok atau tidak.

4) Pemeriksaan Kepala dan Leher

a) Kepala

Bentuk normocephal (normal)

b) Muka

Umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi, muka pucat

c) Leher

Kaku kuduk jarang terjadi.

5) Pemeriksaan Dada

Terdengar suara napas ronchi, wheezing, atau suara napas tambahan, pernapasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

6) Pemeriksaan Abdomen

Di dapatkan penurunan peristaltic usus akibat bedrest yang lama, dan kadang terdapat kembung

7) Pemeriksaan Genetalia

Kadang terdapat incontinsia atau retensi urine sebagai kerusakan langsung pada lobus frontal atau pons yang mengatur kontrol mikturisi, kelemahan kontraksi otot detrusor.

8) Pemeriksaan Ekstremitas

Pada pasien dengan stroke biasanya di temukan hemiplegi atau hemiparase (mengalami kelemahan otot)

d) Pemeriksaan Fungsi Saraf Kranialis

Fungsi saraf kranial menurut Wahyudha, (2022).

1) *Nervus II (Optikus)*

Penglihatan adanya kekaburan, akibat adanya gangguan nervus optikus

Biasanya pada pasien stroke tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidak mampuan untuk mencocokkan pakaiannya.

2) *Nervus III (Okulomotorius)*

Kadang terdapat gangguan dalam mengangkat bola mata

3) *Nervus IV (Troclearis)*

Adanya gangguan dalam memutar bola mata

4) *Nervus V (Trigeminus)*

Biasanya pasien dapat menyebut lokasi rangsangan nyeri

5) *Nervus VI (Abducens)*

Gangguan dalam menggerakkan bola mata lateral

6) *VII (Facialis)*

Pada pasien stroke saat mengembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung lokasi kelemahan.

7) *Nervus VIII (Auditoris)*

Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.

8) *Nervus IX (Glosfaringeus)*

Pada pasien stroke biasanya uvula terangkat dan tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah.

9) *Nervus X (Vagus)*

Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan menelan.

10) *Nervus XI (Assessorius)*

Pada pasien stroke biasanya tidak kuat saat diperintahkan untuk

mengangkat bahu.

11) *Nervus XII (Hipoglossus)*

Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara.

b. Tabulasi Data

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu, bicara pelo (artikulasi kurang jelas saat berbicara.), tidak dapat berkomunikasi, uvula terangkat dan tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, tangan dan kaki, pandangan kabur atau hitam di satu atau dua mata, kesulitan berjalan, sakit kepala, pusing, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah, kejang sampai tidak sadar, penurunan kesadaran, mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan, tidak mampu beraktivitas mandiri.

c. Klasifikasi Data

Data Subyektif: kelemahan anggota gerak sebelah badan, nyeri kepala, pusing, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, dan muntah, sulit menelan, pandangan kabur atau hitam di satu atau dua mata

Data obyektif: bicara pelo (artikulasi kurang jelas saat berbicara), tidak

dapat berkomunikasi, uvula terangkat dan tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah, kesulitan menggerakkan ekstermitas, tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan, tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu, penurunan kesadaran, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi, batuk sebelum menelan, tersedak makanan, tidak mampu beraktivitas mandiri., berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, tangan dan kaki, pandangan kabur atau hitam di satu atau dua mata.

c. Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Problem
1.	DS: mengeluh sakit kepala, pusing DO:tampak meringis, menunjuk ke daerah kepala, penurunan kesadaran, kejang sampai tidak sadar, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi	Edema serebral	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
2.	DS: kelemahan anggota gerak sebelah badan DO:kelumpuhan sebagian badan, mati rasa pada daerah kaki/tangan, kesulitan menggerakkan ekstremitas, tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu	Gangguan Neuromuskuler	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS: mengeluh sulit menelan DO:uvula terangkat dan tidak simetris, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan	Gangguan saraf kranial	Gangguan menelan

	muntah sebelum menelan.		
4.	DS: mual dan muntah, kesulitan menelan, nafsu makan menurun DO: uvula terangkat dan tidak simetris, Mual dan muntah	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit nutrisi
5.	DS: - DO: uvula terangkat dan tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah.	Gangguan Neuromuskuler	Gangguan komunikasi verbal
6.	DS: - DO: kelumpuhan sebagian badan, mati rasa pada daerah kaki/tangan, tidak mampu beraktivitas mandiri(merias diri)	Gangguan Neuromuskular	Defisit perawatan diri
7.	DS: mengeluh sakit kepala, Pusing DO: tampak meringis, menunjuk ke daerah kepala, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi	Tirah baring	Intoleransi aktifitas
8.	DS : pandangan kabur DO: hitam di,satu atau dua mata berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu	Gangguan penglihatan	Resiko jatuh

2. Diagnosa Keperawatan

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, yang ditandai dengan:

DS: mengeluh sakit kepala, pusing

DO:tampak meringis, menunjuk ke daerah kepala, penurunan kesadaran, kejang sampai tidak sadar, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, yang ditandai dengan:

DS: kelemahan anggota gerak sebelah badan

DO: kelumpuhan sebagian badan, mati rasa pada daerah kaki/tangan, kesulitan menggerakkan ekstremitas, tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu.

- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, yang ditandai dengan:

DS: mengeluh sulit menelan

DO: uvula terangkat dan tidak simetris, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, yang ditandai dengan:

DS: mual dan muntah, kesulitan menelan, nafsu makan menurun

DO: uvula terangkat dan tidak simetris, mual dan muntah

- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular, yang ditandai dengan:

DS: -

DO: uvula terangkat dan tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah.

- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, yang ditandai dengan:

DS: -

DO: kelumpuhan sebagian badan, mati rasa pada daerah kaki/tangan,
tidak mampu beraktivitas mandiri (merias diri)

g. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring, yang ditandai dengan:

DS: mengeluh sakit kepala, Pusing

DO:tampak meringis, menunjuk ke daerah kepala, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi

h. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, yang ditandai dengan:

DS : pandangan kabur

DO: hitam di,satu atau dua mata, berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan dibuat berdasarkan masalah yang ditemukan dan disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani.

Adapun urutan prioritas masalah tersebut yaitu prioritas utama yang mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, sedangkan Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

Prioritas Masalah:

a. Penurunan kapasitas adaptif intracranial berhubungan dengan edema serebral.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular,
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler,
- g. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring
- h. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Intervensi

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, yang ditandai dengan:

DS: mengeluh sakit kepala, pusing

DO: tampak meringis, menunjuk ke daerah kepala, penurunan kesadaran, kejang sampai tidak sadar, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi serebral tidak efektif meningkat

Kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, kognitif meningkat, tekanan intra kranial menurun, gelisah menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, kesadaran membaik.

Intervensi: **Manajemen Peningkatan Tekanan intracranial**

Observasi :

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

Rasional: mengetahui factor penyebab peningkatan tekanan intracranial dan segera melakukan tindakan yang tepat.

- 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas)

Rasional: memberikan penanganan yang lebih cepat dan tepat .

- 3) Monitor Mean Arteri Pressure (MAP)

Rasional: peningkatan MAP merupakan salah satu indikator peningkatan TIK

- 4) Monitor status pernapasan

Rasional: pernapasan yang meningkat merupakan adanya indicator penekanan pada pusat pernapasan akibat dari stroke.

- 5) Monitor intake dan output cairan

Rasional: input dan output cairan yang seimbang dapat mencegah terjadinya dehidrasi yang akan berdampak pada kejang.

Therapeutik

- 6) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional: lingkungan yang kondusif dapat membantu pasien lebih rileks sehingga dapat mempecepat proses kesembuhan.

- 7) Berikan posisi semi fowler

Rasional: agar diafragma tidak menekan otot bantu pernapasan.

8) Berikan posisi head up 30°

Rasional: posisi head up 30° mampu meningkatkan kadar oksigen ke otak

9) Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional: suhu tubuh yang normal dapat mencegah terjadinya kejang.

Kolaborasi

10) Pemberian diuretic osmosis, jika perlu.

Rasional: pemberian diuretik osmosis agar mengurangi oedema pada otak.

11) Pemberian sedasi dan anti konvulsan

Rasional: menormalkan aktivitas listrik yang berlebihan di otak sehingga kejang dapat dicegah atau diatasi dan menimbulkan efek tenang, rileks, dan ngantuk.

12) Penatalaksanaan citicoline 2x500 mg/IV

Rasional : sebagai neuroprotektif sehingga dapat melindungi saraf dari cedera setelah iskemik.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, yang ditandai dengan:

DS: kelemahan anggota gerak sebelah badan

DO: kelumpuhan sebagian badan, mati rasa pada daerah kaki/tangan, kesulitan menggerakkan ekstremitas, tidak kuat saat diperintahkan

untuk mengangkat bahu.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Intervensi : Dukungan mobilisasi

Observasi

1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: mengetahui factor penyebab yang lainnya.

2) Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan

Rasional: mengetahui batas kemampuan pasien saat melakukan pergerakan.

3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi

Rasional:indikasi adanya peningkatan TIK

Terapeutik

4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional: alat bantu seperti kruk dapat membantu pasien dalam melakukan pergerakan.

5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: keluarga merupakan support sistem terbaik dalam membantu pasien melakukan mobilisasi/pergerakan

Edukasi

6) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional: agar keluarga memahami tindakan mobilisasi yang akan dilakukan

7) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Rasional: mobilisasi dini dapat melancarkan sirkulasi darah serta mencegah terjadinya kontraktur/kekakuan pada sendi.

8) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Rasional: agar dapat melancarkan sirkulasi darah serta mencegah terjadinya kontraktur/kekakuan pada sendi.

c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, yang ditandai dengan:

DS: mengeluh sulit menelan

DO: uvula terangkat dan tidak simetris, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan status menelan membaik

Kriteria hasil: kemampuan mempertahankan makanan di mulut

meningkat, refleks menelan meningkat, kemampuan mengunyah meningkat, usaha menelan meningkat, frekuensi tersedak menurun, batuk menurun, muntah menurun.

Intervensi: Dukungan keperawatan diri:makan/minum

Observasi

1) Identifikasi diet yang dianjurkan

Rasional: menentukan diet yang tepat yang sesuai dengan kondisi klinis pasien

2) Monitor kemampuan menelan

Rasional: menentukan intervensi yang tepat yang sesuai dengan kemampuan menelan pasien

3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

Rasional: status hidrasi yang baik dapat mencegah peningkatan suhu tubuh serta mencegah terjadinya kejang

Terapeutik

4) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan

Rasional: lingkungan yang menyenangkan dapat meningkatkan hormon endorphin sehingga dapat menciptakan rasa senang atau bahagia yang akan berdampak pada peningkatan selera makan.

5) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum

Rasional: posisi makan yang nyaman dapat meningkatkan selera makan.

- 6) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Rasional: kondisi mulut yang bersih dapat meningkatkan selera makan

- 7) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan

Rasional: suhu makanan yang hangat dapat meningkatkan nafsu makan.

- 8) Sediakan makanan dan minuman yang disukai

Rasional: makanan dan minuman yang disukai dapat meningkatkan nafsu makan sehingga dapat memenuhi kebutuhan nutrisi

- 9) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian

Pencegahan Aspirasi

Observasi

- 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan

Rasional: dapat menentukan diet yang tepat sesuai dengan kondisi klinis pasien.

- 2) Monitor status pernapasan

Rasional: status pernapasan dapat mempengaruhi kemampuan menelan pasien sebagai akibat dari kematian batang otak

- 3) Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum

Rasional: bunyi napas pasien dapat mengindikasikan kondisi pasien sedang aspirasi.

4) Periksa residu gaster sebelum memberi asupan per NGT (nasogastric

tube)

Rasional: residu/cairan lambung dapat mengindikasikan kondisi pasien misalkan pada pasien stroke hemoragik terdapat perdarahan pada lambung

5) Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan makan

Rasional: mencegah terjadinya spirasi pada pasien akibat fiksasi pada selang NGT yang kurang merekat.

Teraupetik

6) Posisikan semi fowler (30 –45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral

Rasional: mencegah terjadinya aspirasi

7) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak

Rasional: memudahkan pasien untuk menelan.

Edukasi

8) Anjurkan makan secara perlahan

Rasional: memudahkan pasien untuk mengunyah, menelan dan mencegah terjadinya aspirasi.

9) Ajarkan strategi mencegah aspirasi

d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular, yang ditandai dengan:

DS: -

DO: uvula terangkat dan tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil: kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah tubuh meningkat, pelo menurun.

Intervensi: Promosi Komunikasi

Observasi

a) Monitor kecepatan, penekanan, kuantitas, volume, diksi bicara

Rasional: mengetahui gangguan komunikasi verbal pada pasien.

b) Monitor proses kognitif anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis memori, pendengaran dan bahasa)

Rasional: mengetahui adanya factor penyebab yang lain yang dapat mengganggu proses kognitif.

c) Identifikasi perilaku marah, depresi, atau hal yang mengganggu bicara.

Rasional: emosi dapat menjadi salah satu indikator penyebab terjadinya gangguan bicara.

Edukasi

d) Anjurkan bicara perlahan perlahan.

Rasional: mengetahui indikator adanya gangguan bicara.

e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, yang ditandai dengan:

DS: mual dan muntah, kesulitan menelan, nafsu makan menurun

DO: uvula terangkat dan tidak simetris, mual dan muntah

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah deficit nutrisi dapat teratasi.

Kriteria hasil: nafsu makan meningkat, porsi makan dihabiskan, berat badan bertambah. atau sesuai indeks masa tubuh, frekuensi makan meningkat

Intervensi: **Manajemen Nutrisi**

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional: Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat

2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: Membantu dalam peningkatan asupan nutrient klien.

3) Monitor asupan makanan

Rasional: Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan nutrisi tubuh.

4) Monitor berat badan

Rasional: Mengetahui kecukupan dan status nutrisi pasien

Terapeutik

5) Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan

Rasional: dapat meningkatkan nafsu

- 6) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.

Rasional: makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai dapat meningkatkan daya tarik klien untuk makan yang banyak

Edukasi

- 7) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: dengan mematuhi diet yang diprogramkan akan membantu memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

Kolaborasi

- 8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

Rasional: makanan yang seimbang dapat meningkatkan keseimbangan nutrisi tubuh.

- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, yang ditandai dengan:

DS: -

DO: kelumpuhan sebagian badan, mati rasa pada daerah kaki/tangan, tidak mampu beraktivitas mandiri (merias diri)

Tujuan: setelah melakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan masalah

perawatan diri meningkat

Kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan

pakaian meningkat, kemampuan melakukan perawatan diri. mempertahankan kebersihan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat.

Intervensi: Dukungan Perawatan Diri : Mandi

Observasi:

- 1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri

Rasional: usia dan budaya terkadang dapat menghambat kebersihan diri.

- 2) Monitor kebersihan tubuh

Rasional: menentukan kondisi personal hygiene pasien

- 3) Monitor integritas kulit

Rasional: mengetahui kondisi kulit pasien akibat dari personal hygiene yang kurang.

Terapeutik

- 4) Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan

Rasional: memudahkan pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene

Edukasi

- 5) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan

Rasional: meningkatkan pengetahuan pasien akan pentingnya personal hygiene

- 6) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien (jika perlu)

Rasional: meningkatkan pengetahuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene pasien.

g. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring, yang ditandai dengan:

DS: mengeluh sakit kepala, pusing

DO: tampak meringis, menunjuk ke daerah kepala, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi

Tujuan: setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan di harapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi

Kriteria hasil: keluhan lelah menurun, tekanan darah menurun, rasa tidak nyaman berkurang

Intervensi: **Manajemen energi**

Observasi:

a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional: mengetahui faktor penyebab terjadinya kelelahan

b. Monitor pola dan jam tidur

Rasional: mengetahui siklus tidur pasien sehingga bisa menentukan faktor penyebab.

c. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional: mengetahui faktor penyebab dari sisi kenyamanan pasien

Terapeutik

d. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus

Rasional: lingkungan yang nyaman dapat memberikan efek relaksasi yang akan berpengaruh terhadap kondisi klinis pasien

Edukasi

e. Anjurkan tirah baring

Rasional: kondisi bedrest atau tirah baring dapat membantu pasien dalam mencegah komplikasi yang ditimbulkan.

f. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: aktifitas secara bertahap dapat membantu pasien mengurangi energi berlebih yang akan berdampak pada kelelahan.

Kolaborasi:

g. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

h. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, yang ditandai dengan:

DS : pandangan kabur

DO: hitam di,satu atau dua mata, berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko jatuh menurun.

Kriteria Hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun.

Intervensi : **Pencegahan Jatuh**

Observasi

- 1) Identifikasi faktor resiko jatuh (mislnya. gangguan penglihatan dan neuropatik)

Rasional: mengetahui penyebab resiko jatuh.

- 2) Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi

Rasional: mengetahui seberapa rentannya pasien terhadap resiko jatuh.

- 3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (misalnya lantai licin, penerangan kurang)

Rasional: meningkatkan kewaspadaan terhadap lingkungan penyebab resiko jatuh

- 4) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.

Rasional: mengetahui kemampuan berpindah pasien.

Therapeutik

- 5) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga

Rasional: letak dan kondisi ruangan yang sudah diketahui dapat meminimalisir terjadinya cedera

- 6) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.

Rasional dapat mencegah terjadinya resiko jatuh

- 7) Pasang handrail tempat tidur

Rasional: dapat mencegah resiko terjatuh dari tempat tidur

8) Atur tempat tidur pada posisi terendah

Rasional: posisi tempat tidur yang rendah dapat mencegah terjadinya cedera yang fatal.

9) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station.

Rasional: memudahkan pemantauan dalam mencegah terjadinya resiko jatuh.

10) Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda dan walker).

Rasional: alat bantu berjalan dapat memudahkan pasien dalam mobilisasi terutama dalam mencegah resiko jatuh.

Edukasi

11) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

Rasional: alas kaki yang tidak licin dapat mencegah pasien tergelincir yang dapat berakibat fatal.

12) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

Rasional: posisi kedua kaki terbuka dengan jarak sejajar bahu membuat pasien lebih seimbang sehingga dapat mencegah pasien terjatuh.

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat akan memberikan perawatan kepada pasien dan

sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien.

5. Evaluasi keperawatan

Tahap penelitian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan / kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan / kriteria hasil yang telah ditetapkan.