

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke adalah perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah di bagian otak. Stroke merupakan kematian jaringan otak (*infark serebral*) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak (Maria, 2021).

Stroke diklasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik (stroke non hemoragik) terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Sedangkan stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan (Maria, 2021).

2. Etiologi

Menurut Maria, (2021) terdapat beberapa faktor penyebab yang meningkatkan risiko stroke. Selain stroke, faktor risiko ini juga dapat meningkatkan risiko serangan jantung. Faktor-faktor tersebut meliputi:

- a. Faktor kesehatan yang meliputi: Hipertensi, diabetes mellitus, kolesterol tinggi, obesitas, sleep apnea, pernah mengalami TIA atau serangan jantung sebelumnya, penyakit jantung: seperti gagal jantung, penyakit jantung bawaan, infeksi jantung, atau aritmia.
- b. Faktor gaya hidup yang meliputi: merokok, kurang olahraga atau aktivitas fisik, konsumsi obat-obatan terlarang, kecanduan alkohol.
- c. Faktor lainnya yang meliputi:
 - 1) Faktor keturunan. Orang yang memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami stroke, berisiko tinggi mengalami penyakit yang sama juga.

- 2) Dengan bertambahnya usia, seseorang memiliki risiko stroke lebih tinggi dibandingkan orang yang lebih muda.

Ada 2 penyebab stroke iskemik yaitu :

- 1) Stroke Trombotik

Merupakan jenis stroke akibat penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak akibat adanya thrombus, maupun aterosklerosis yang mengakibatkan suplai darah, oksigen, dan energi menuju ke otak berkurang atau terhenti yang dapat menyebabkan kematian jaringan pada otak.

- 2) Stroke Emboli

Adalah jenis stroke akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak seperti bekuan lemak, udara dan darah. Thrombus yang terlepas dari jantung dan tersumbat pada sistem arteri disebut emboli.

3. Faktor Risiko

Menurut Widyanto & Triwibowo, (2021). Faktor risiko terjadinya stroke dibagi menjadi dua yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan yang dapat diubah.

- a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah : umur, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga, riwayat *Transient Ischemic Attack* (TIA) atau stroke, penyakit jantung koroner, fibrilasi atrium, dan heterozigot atau homozigot untuk homosisturia.
- b. Faktor risiko yang dapat diubah : hipertensi, kadar hematokrit tinggi, diabetes, merokok, penyalahgunaan obat, konsumsi alkohol, kontrasepsi oral, hematokrit meningkat, hiperurisemia, dan dyslipidemia.

4. Patofisiologi

Patofisiologi utama stroke menurut Sari (2021) adalah penyakit jantung atau pembuluh darah yang mendasarinya. Dua jenis stroke yang dihasilkan dari penyakit ini adalah stroke iskemik dan hemoragik.

a) Stroke Iskemik

Stroke Iskemik 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 60 sampai 90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron di 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. Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10cc/100g jaringan otak tiap menit. Daerah ini beresiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbat aliran darah adalah suatu proses biomelekular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia. Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membran. Kekurangan energi ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob.

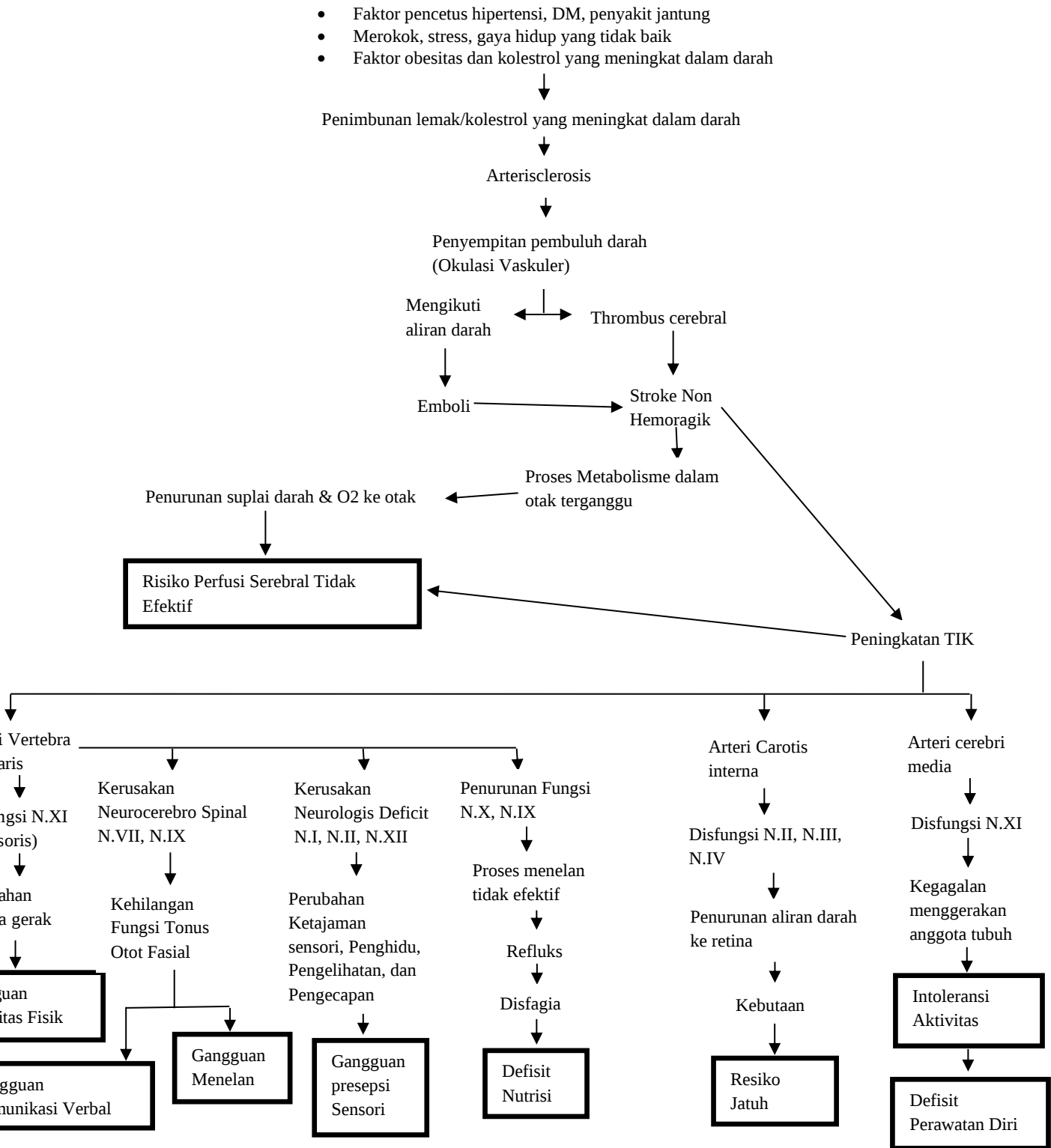
b) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai ekstrasvasi darah ke parenkim 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). Ekstrasvasi

darah ke parenkim 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.

5. Pathway Stroke Non Hemoragik



Gambar 2.1: Pathway Non Hemoragik (Sari, 2021)

6. Manifestasi Klinis

Menurut Widyanto & Triwibowo, (2021). Berikut merupakan manifestasi klinis yang umum terjadi pada penderita stroke :

a. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada salah satu sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu bagian tubuh). Bila stroke menyerang bagian kiri otak, terjadi hemiplegia kanan. Bila yang terserang adalah bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegia kiri dan yang lebih ringan disebut hemiparesis kiri. Klien hemiplegia maupun hemiparesis akan mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari-harinya seperti berjalan, berpakaian, makan atau mengendalikan buang air besar atau kecil. Bila kerusakan terjadi pada bagian bawah otak (*cerebellum*), kemampuan untuk mengkoordinasikan gerakan tubuhnya akan berkurang. Disfagia atau kesulitan untuk makan dan menelan dapat terjadi karena bagian otak yang mengendalikan otot-otot terkait mengalami kerusakan sehingga tidak berfungsi.

b. Kehilangan komunikasi

Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan sebagai berikut :

- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti (bicara pelo atau cadel) yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Disfasia atau afasia (bicara detektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
- 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya) seperti terlihat ketika penderita stroke mengambil sisir dan berusaha menyisir rambutnya.

c. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat menakibatkan:

1) Disfungsi persepsi visual

Disfungsi persepsi visual terjadi karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang pandang) dapat terjadi karena stroke dan mungkin sementara atau permanen. Sisi visula yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala penderita berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut, keadaan ini disebut amorfosintesis.

- 2) Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial). Sering terjadi pada klien hemiplegia kiri. Penderita mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- 3) Kehilangan sensori. Kehilangan sensori dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk

merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.

d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Bila kerusakan terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi yang menyebabkan penderita menghadapi masalah frustrasi. Masalah psikologik lain juga umum terjadi dan di manifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerja sama.

e. Disfungsi kandung kemih

Setelah stroke, klien dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan.

Gejala stroke antara lain: Pingsan, Kehilangan kesadaran, Kelumpuhan tiba-tiba pada wajah, tangan atau kaki, terutama pada sisi sebelah tubuh, Kesulitan melihat dengan salah satu atau kedua mata, Kesulitan berjalan, Gangguan koordinasi atau keseimbangan. Selain itu, stroke bias menyebabkan depresi atau ketidakmampuan untuk mengendalikan emosi (Maria, 2021).

7. Pemeriksaan Diagnosis

Menurut Maria, (2021) pemeriksaan penunjang stroke sebagai berikut:

- a. CT-Scan Kepala. Untuk membedakan jenis patologis stroke (perdarahan atau iskemik atau infark).
- b. Pemeriksaan Jantung. Pemeriksaan kardiovaskuler klinis dan pemeriksaan 12-lead ECG harus dilakukan pada semua penderita stroke, untuk monitor kelainan dan kondisi gangguan jantung akut yang sering terjadi pada penderita stroke agar segera ditanggulangi.

- c. Pemeriksaan tekanan darah. Pemeriksaan tekanan darah wajib dilakukan rutin setiap hari, karena hipertensi adalah faktor risiko utama terjadi stroke.
- d. Pemeriksaan paru. Pemeriksaan klinis paru dan foto rontgen toraks adalah pemeriksaan rutin yang harus dikerjakan.
- e. Pemeriksaan laboratorium darah. Beberapa pemeriksaan rutin darah dikerjakan untuk mengidentifikasi kelainan sistemik yang dapat menyebabkan terjadi stroke atau untuk melakukan pengobatan spesifik pada stroke. Pemeriksaan tersebut adalah kadar gula darah, elektrolit, hemoglobin, angka eritosit, angka leukosit, KED, angka platelet, waktu protrombin, fungsi hepar dan fungsi ginjal.
- f. Pemeriksaan EEG. Dilakukan apabila terjadi kejang, dan kejang pada penderita stroke adalah kontraindikasi pemberian rtPA
- g. Vasculer imaging. Digunakan untuk mengidentifikasi oklusi atau stenosis arteria.

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Trombolitik (*streptokinase*)
- 2) Antikoagulan (*heparin*)
- 3) Hemorragik (*pentoxifylin*)
- 4) Antagonis serotonin (*noftidrofuryl*)
- 5) Antagonis kalsium (*nomodipin, piracetam*)

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Perawat merupakan salah satu tim medis yang merupakan peran penting dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien stroke ketika pasien membutuhkan perawatan pasca stroke. Tujuannya yaitu meningkatkan fungsional pasien yang dapat membantu dalam aktifitasnya menjadi pasien yang mandiri secepat mungkin. Keperawatan pasca stroke dilakukan seperti mengkaji pasien dan kebutuhan pasien

untuk menyediakan informasi dan memberi latihan untuk keluarga terkait bagaimana perawatan pasien saat dirumah, bagaimana cara untuk memberikan nutrisi, manajemen latihan gerak pada anggota tubuh. Perawat juga memfasilitasi pasien dan keluarga untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi dan mendapatkan dukungan yang terbaik dari pasien dan keluarga.

Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan secara non farmakologis, antara lain :

1) Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan/dengan obat-obatan yang meurunkan gejala gagal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri , beberapa diet yang dianjurkan :

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat meurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- b) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intra vena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vaskular.
- c) Diet kaya buah dan sayur.
- d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

2) Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki tekanan jantung. Olahraga isotonik juga dapat meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga seperti jalan kaki yang dilakukan dengan teratur

sebanyak 30 menit minimal 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi.

- 3) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat.
- 4) Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

9. Komplikasi

Menurut Maria, (2021). Stroke dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi, dan sebagian besar komplikasi tersebut berakibat fatal. Beberapa jenis komplikasi yang mungkin muncul, antara lain:

- a. *Deep vein thrombosis*. Sebagian orang akan mengalami penggumpalan darah di tungkai yang mengalami kelumpuhan. Kondisi tersebut dikenal sebagai deep vein thrombosis. Kondisi ini terjadi akibat terhentinya gerakan otot tungkai, sehingga aliran di dalam pembuluh darah vena tungkai terganggu. Hal ini meningkatkan risiko untuk terjadinya penggumpalan darah. *Deep vein thrombosis* dapat diobati dengan obat antikoagulan.
- b. Sebagian pengidap stroke hemoragik dapat mengalami hidrocefalus, yaitu menumpuknya cairan didalam rongga otak (ventrikel). Dokter bedah saraf akan memasang sebuah selang ke dalam otak untuk membuang cairan yang menumpuk tersebut.
- c. Kerusakan yang disebabkan oleh stroke dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya makanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan. Masalah dalam menelan tersebut dikenal sebagai disfagia. Disfagia dapat menyebabkan pneumonia aspirasi.

10. Pencegahan

Pencegahan stroke dapat dilakukan dengan mengendalikan faktor-faktor risiko antara lain hipertensi, DM, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, serta berhenti merokok. Upaya lain yang dapat dilakukan adalah dengan menerapkan gaya hidup sehat seperti :

- a. Menghindari pola makan berlebih
- b. Menghindari makan tinggi lemak serta garam
- c. Menghindari stres
- d. Olahraga teratur. (Widyanto & Triwibowo, 2021).

B. Konsep Dasar Asuhan keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

Biasanya meliputi nama, tanggal lahir, umur, alamat, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal masuk RS, nomor register, dan diagnosis medis (Ramadhani et al., 2022 dalam Retnaningsih, 2023).

2) Keluhan Utama

Kelemahan pada anggota gerak dari salah satu sisi tubuh, mengeluhkan susah untuk menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, berbicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan penurunan tingkat kesadaran yang sering menjadi keluhan utama pasien stroke (Ramadhani et al., 2022 dalam Retnaningsih, 2023).

3) Data Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan Sekarang

Hipertensi, obesitas, hiperlipidemia, kebiasaan untuk kegiatan merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat-obat terlarang, serta pola hidup yang tidak sehat. Diabetes melitus, anemia, fibrilasi atrium, dislipidemia pada penyakit jantung koroner (PJK) (Isnainia et al., 2022 dalam Retnaningsih, 2023).

b) Riwayat penyakit dahulu

Seseorang yang dahulu pernah mengalami serangan stroke yang dikenal dengan istilah *Transient Ischemic Attack* (TIA) juga beresiko tinggi untuk mengalami stroke lagi. Adanya riwayat kesehatan hipertensi, riwayat kesehatan stroke sebelumnya, kolesterol tinggi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma pada kepala, penggunaan kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan obesitas (Ramadhani et al., 2022 dalam Retnaningsih, 2023).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Faktor genetik dari keturunan seseorang keluarga berpengaruh penting karena individu yang memiliki riwayat keluarga dengan penderita stroke akan memiliki risiko tinggi mengalami terjadi penyakit stroke (Isnainia et al., 2022 dalam Retnaningsih, 2023).

4) Pengkajian Perpola

Menurut Doenges (2000), sebagai berikut :

a) Aktivitas/ istirahat

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

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

b) Sirkulasi

Gejala : Adanya penyakit jantung (reumatik/penyakit jantung vaskuler, endocarditis bacterial), polisitemia, riwayat hipotensi postural.

Tanda: Hipertensi arterial (dapat ditemukan/terjadi pada CSV) sehubungan dengan adanya embolisme/ malformasi vaskuler.

Nadi : frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung/kondisi jantung, obat-obatan, efek stroke pada pusat vasomotor)

Disritmia, perubahan EKG

Desiran pada karotis, femoralis, dan arteri aorta yang abnormal.

c) Integritas ego

Gejala : Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

Tanda : Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, dan gembira.

Kesulitan untuk mengekspresikan diri.

d) Eliminasi

Gejala : Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria. Distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik)

e) Makanan/ cairan

Gejala : Napsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorok, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah

Tanda : Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringea), obesitas (factor resiko).

f) Neurosensori

12 pasang saraf :

- (1) Saraf kranial 1 (Olfaktorius) adalah saraf sensorik yang fungsinya pada penciuman
- (2) Saraf kranial II (Optikus) adalah saraf sensorik yang fungsinya pada pengelihatn, input, refleks, dan kontruksi pupil di limbic
- (3) Saraf kranial III (Okulomotorius) adalah saraf motorik yang fungsinya pada bola mata, elevasi alis, kontraksi pupil dan menfokuskan lensa
- (4) Saraf kranial IV (Trochlearis) adalah saraf motorik yang fungsinya pada pergerakan bola mata ke bawah.
- (5) Saraf kranial V (Trigeminus) adalah saraf motorik dan sensorik yang fungsinya pada mata, lidah, gerakan mengunyah
- (6) Saraf kranial VI (Abdusen) adalah saraf motorik yang fungsinya pada pergerakan mata ke lateral

- (7) Saraf kranial VII (Fasialis) adalah saraf motorik dan sensorik yang meminta rangsangan dari bagian anterior lidah untuk di proses di otak sebagai sensasi rasa, dan juga mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi
- (8) Saraf kranial VIII (Vestikubulocochlearis) adalah saraf sensorik yang fungsinya untuk keseimbangan dan pendengaran
- (9) Saraf IX (Glossofaringues) adalah saraf motorik dan sensorik yang fungsinya membantu menelan dan menerima rangsangan dan berbagai posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa
- (10) Saraf kranial X (Vagus) adalah saraf motorik dan sensorik yang fungsinya menerima rangsangan dan organ dalam dan mengendalikan organ dalam
- (11) Saraf kranial XI (Aksesorius) adalah saraf motorik yang berfungsi untuk mengendalikan pergerakan kepala
- (12) Saraf kranial XII (Hipoglosus) adalah saraf motorik yang fungsinya pada pergerakan lidah saat bicara dan mengunyah.

g) Nyeri/kenyamanan

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotis terkena)

Tanda : Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot/fasia.

h) Pernapasan

Gejala : merokok (factor risiko)

Tanda : ketidakmampuan menelan/batuk/ hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan/ tak teratur, suara napas terdengar/ ronki (aspirasi sekresi)

i) Keamanan

Tanda : motorik/ sensorik ; Masalah dengan penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh (stroke kanan), kesulitan untuk melihat objek dari sisi kiri (pada stroke kanan), hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit, tidak mampu mengenali objek, warna, kata dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik. Gangguan berespons terhadap panas dan dingin/ gangguan regulasi suhu tubuh. Kesulitan dalam menelan, tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri (mandiri). Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/kurang kesadaran diri (stroke kanan).

j) Interaksi sosial

Tanda : masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Biasanya pada pasien stroke tingkat kesadarannya menurun, namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), kesadaran hilang/berbaring dengan mata tertutup (sopor), sopor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS<12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran latergi dan composmentis dengan GCS 13-15.

b) Tanda-tanda vital

Nadi mungkin cepat dan halus, pernapasan jarang terjadi gangguan pada kasus proses hemisfer.

c) Kepala

Adanya hemato atau riwayat operasi.

(1) Mata

Penglihatan adanya kekaburan, akibat adanya gangguan nervus optikus (nervus II), gangguan dalam mengangkat bola mata (nervus III), gangguan dalam memutar bola mata (nervus IV), dan gangguan dalam menggerakkan bola mata kalateral (nervus VI).

(2) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman akibat terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I).

d) Dada

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak adanya masa dan benjolan

Perkusi : sonor

Auskultasi : nafas cepat dan dalam, suara jantung I dan II mumur atau gallop.

e) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran

Auskultasi : bising usus 5-35 x/m

Palpasi : nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

Perkusi : timpani

f) Ekstremitas

Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot dan perlu juga dilakukan pengukuran kekuatan otot. Rata-rata nilai kekuatan otot pasien stroke yaitu berkisar dari 0-4.

b. Tabulasi Data

Adanya riwayat kesehatan hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, penggunaan obat-obat adiktif. Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, lemah, kesulitan menggerakkan ekstremitas, nyeri kepala, pusing, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah, kehilangan sensai pada lidah, pipi dan tenggorokan, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran : mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, tersedak, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan, merasa lemah, kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri (berpakaian, eliminasi, mandi, makan). Berdiri tidak seimbang atau menggunakan alat bantu seperti kursi roda. Gangguan penglihatan (penglihatan kabur), arah pandang yang menyempit, hilangnya daya sensoris pada bagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka. Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun rata-rata nilai kekuatan otot pasien stroke yaitu berkisar dari 0-4, gerakan terbatas, sendi kaku, fisik lemah.

c. Klasifikasi Data

- 1) Data subyektif : Adanya riwayat kesehatan hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, penggunaan obat-obat adiktif. Kelemahan anggota gerak sebelah badan, nyeri kepala, pusing, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, dan muntah, kehilangan sensai pada lidah, pipi dan tenggorokan, sulit menelan, merasa lemah. Gangguan penglihatan (penglihatan kabur), arah pandang yang menyempit, hilangnya daya sensoris pada bagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.
- 2) Data obyektif : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, kesulitan menggerakkan ekstermitas, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau

gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan, kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri (berpakaian, eliminasi, mandi, makan). Berdiri tidak seimbang atau menggunakan alat bantu seperti kursi roda. Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun rata-rata nilai kekuatan otot pasien stroke yaitu berkisar dari 0-4, gerakan terbatas, sendi kaku, fisik lemah.

d. Analisa Data

Tabel 2.1. Analisa Data

No.	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	Data subyektif : mengeluh sakit kepala, Data obyektif : Penurunan Kesadaran, sopor, gelisah, tampak meringis	Embolisme	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2.	Data subjektif : kelemahan anggota gerak sebelah badan Data obyektif : Kelumpuhan sebagian badan, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, sendi kaku, fisik lemah	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
3.	Data subjektif : - Data objektif : bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal
4.	Data subjektif : mual dan muntah, kesulitan menelan nafsu makan menurun Data objektif : mual dan muntah	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit nutrisi
5.	Data subyektif : mengeluh sulit menelan Data objektif : batuk sebelum menelan, tersedak, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan	Gangguan saraf kranialis	Gangguan menelan
6.	Data subyektif : Merasa lemah Data objektif : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri (berpakaian, eliminasi, mandi, makan)	Kelemahan, gangguan neuromuskuler	Defisit perawatan diri
7.	Data subyektif : Gangguan penglihatan (penglihatan kabur), arah pandang yang menyempit	Kekuatan otot menurun	Resiko jatuh

	Data objektif : Berdiri tidak seimbang, kelumpuhan separuh badan		
8.	Data subyektif : Merasa lemah Data objektif : Kesulitan menggerakkan ekstermitas	Kelemahan	Intoleransi aktivits
9.	Data subyektif : Kehilangan sensai pada lidah, pipi dan tenggorokan, hilangnya daya sensori pada bagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka Data objektif : -	Hipoksia serebral	Gangguan presepsi sensorik

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke menurut Sari, (2021) antara lain:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme yang di tandai dengan :

DS : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

DO : Penurunan Kesadaran, gelisah

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular yang di tandai dengan :

DS : Kelemahan anggota gerak sebelah badan

DO : Kelumpuhan sebagian badan, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, sendi kaku, fisik lemah

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral yang ditandai dengan :

DS : -

DO : bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

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

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

DO : mual dan muntah

e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis yang ditandai dengan:

DS : Mengeluh sulit menelan

DO : Batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan.

f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan neuromuskuler yang ditandai dengan:

DS : Merasa lemah

DO : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri (berpakaian, eliminasi, mandi, makan).

g. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun ditandai dengan :

DS : Gangguan penglihatan (penglihatan kabur), arah pandang yang menyempit

Do : Berdiri tidak seimbang, kelumpuhan separuh badan

h. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

DS : Merasa lemah

DO : Kesulitan menggerakkan ekstermitas

i. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan hipoksia serebral ditandai dengan :

DS: Kehilangan sensai pada lidah, pipi dan tenggorokan, hilangnya daya sensori pada bagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.

DO: -

3. Perencanaan Keperawatan (SLKI 2018, SIKI 2018)

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat

Kriteria hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Tekanan intra kranial menurun
- 3) Sakit kepala menurun
- 4) Gelisah menurun

Intervensi : Manajemen peningkatan tekanan intrakranial :

- 1) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

Rasional : Mengetahui keadaan umum pasien dan untuk menentukan tindakan selanjutnya.

- 2) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk menghilangkan pusing di kepala seperti kompres dingin dan hangat.

Rasional : Membantu meredakan pusing di kepala

- 3) Berikan posisi semi fowler

Rasional: Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.

- 4) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan

Rasional : Mencegah terjadinya kejang

Intervensi : Pemantauan tekanan intrakranial

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik)
- 2) Monitor penurunan tingkat kesadaran

3) Monitor tekanan perfusi serebral

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat

Kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kaku sendi menurun

Intervensi : Dukungan mobilisasi:

- 1) Identifikasi aktivitas/toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan.

- 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional : Mengetahui kondisi kesehatan pasien

- 3) Ajarkan latihan rentang gerak atau *Range of Motion* (ROM)

Rasional : Melatih otot atau persendian pasien yang mobilitas sendinya terbatas

- 4) Anjurkan pasien untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali

Rasional : Membantu menurunkan risiko terjadinya iskemia jaringan

- 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional : Mencegah terjadinya cedera pada pasien

- 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional : Agar keluarga mampu melatih pasien secara mandiri.

c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

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

Kriteria hasil :

- 1) Kemampuan berbicara meningkat
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- 3) Pelo menurun
- 4) Gagap menurun
- 5) Pemahaman komunikasi membaik

Intervensi : Promosi komunikasi defisit bicara :

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
Rasional : Mengetahui perkembangan pasien
- 2) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan)
Rasional : Agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik
- 3) Ulangi apa yang di sampaikan pasien
Rasional : Dapat memastikan ucapan yang di sampaikan pasien
- 4) Anjurkan berbicara secara perlahan

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik

Kriteria hasil :

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Kekuatan otot pengunyah meningkat

3) Kekuatan otot menelan meningkat

4) Diare menurun

5) Nafsu makan meningkat

Intervensi : Manajemen nutrisi:

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : mengetahui nutrisi yang di peroleh pasien

2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : Menambah nafsu makan pasien

3) Monitor asupan makanan

4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : Mampu mempertahankan status gizi pasien

e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menelan klien membaik

Kriteria hasil :

1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat

2) Reflek menelan meningkat

3) Kemampuan mengunyah meningkat

4) Usaha menelan meningkat

5) Frekuensi tersedak menurun

6) Muntah menurun

Intervensi : Dukungan perawatan diri : makan/minum

1) Identifikasi diet yang dianjurkan

2) Monitor kemampuan menelan

3) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum

- 4) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
 - 5) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
 - 6) Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik), sesuai
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan neuromuskuler

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri klien meningkat

Kriteria hasil :

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

Intervensi : Dukungan perawatan diri :

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- 2) Monitor tingkat kemandirian
- 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
- 4) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- 6) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

- g. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun

Kriteria hasil :

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Jatuh saat berdiri menurun

- 3) Jatuh saat berjalan menurun
- 4) Jatuh saat dipindahkan menurun
- 5) Jatuh saat di kamar mandi menurun

Intervensi : Pencegahan jatuh :

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. penurunan tingkat kesadaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
- 2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)
- 3) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
- 4) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- 6) Pasang handrail tempat tidur
- 7) Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, walker)
- 8) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- 9) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- 10) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

h. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil :

- 1) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat
- 2) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- 3) Perasaan lemah menurun

Intervensi : Manajemen energi :

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional: Mengetahui lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

- 3) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
 - 4) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
 - 5) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- i. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan hipoksia serebral

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan persepsi sensori membaik

Kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan, pengecapan meningkat
- 2) Respon sesuai stimulus membaik

Intervensi : Minimalisasi rangsangan

- 1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan
- 2) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori
- 3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat
- 4) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengurangi kebisingan, membatasi pengunjung)
- 5) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus kepada pasien dengan stroke dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana digambarkan dalam rencana yang sudah dibuat.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang diharapkan pada akhir studi kasus Resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dimana ditemukan tingkat kesadaran pasien meningkat, tekanan intra kranial tidak terjadi, sakit kepala dan gelisah menurun. Gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dimana ditemukan pergerakan ekstremitas/rentang gerak (ROM) pasien meningkat, kekuatan otot pasien meningkat, nyeri dan kaku sendi menurun. Gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dimana ditemukan kemampuan berbicara pasien meningkat, pemahaman komunikasi membaik, kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, pelo dan gagap menurun. Defisit nutrisi dapat teratasi dimana ditemukan nafsu makan pasien dan porsi makan yang dihabiskan meningkat. Gangguan menelan dapat teratasi dimana ditemukan reflek menelan meningkat, usaha menelan meningkat, kemampuan menelan meningkat. Defisit perawatan diri dapat teratasi dimana ditemukan kemampuan mandi dan berpakaian meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat. Resiko jatuh dapat teratasi dimana ditemukan pasien mampu berdiri dan berjalan. Intoleransi aktivitas dapat teratasi dimana ditemukan kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat, perasaan lemah menurun. Gangguan persepsi sensori dapat teratasi dimana ditemukan verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan dan pengecapan meningkat.