

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit Stroke Non Hemoragik

1. Definisi

Stroke atau penyakit serebrovaskuler yang menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Putri & Wijaya, 2013, hal. 31). stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Sudrath, 2013, hal. 56).

Menurut Anies (2018, hal. 181), Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terputus akibat adanya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga terjadinya kematian sel-sel pada sebagian area di otak dan stroke merupakan kondisi yang serius sehingga membutuhkan penanganan cepat. Rudi & Putri (2019, hal. 213), menyatakan terdapat dua klasifikasi stroke menjadi dua bagian, yaitu *Stroke Hemoragik* dan *Stroke Non Hemoragik*. Stroke non hemoragik terjadi karena adanya sumbatan pada aliran darah arteri yang lama ke bagian otak, dan stroke hemoragik terjadi karena pembuluh darah pecah atau bocor.

2. Etiologi

Menurut Smeltzer & Bare (2008, hal.121) penyebab stroke non hemoragik yaitu :

a. Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah)

Stroke terjadi saat trombus menutup pembuluh darah, menghentikan aliran darah ke jaringan otak yang disediakan oleh pembuluh dan menyebabkan darah yang mengalami oklusi (sumbatan yang terjadi dipembuluh darah) sehingga menyebabkan iskemia atau aliran darah yang berkurang ke jaringan otak yang menimbulkan oedema dan penimbunan disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orangtua yang sedang tidur atau bangun tidur, hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebral. Tanda dan gejala neurologis sering memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

b. Emboli serebral

Emboli serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain) merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, atau udara. Pada umumnya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-3 detik.

c. Iskemia

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

3. Patofisiologi

Menurut Rudi & Utami (2019, hal.215), patofisiologi utama stroke non hemoragik adalah penyakit jantung. Patologi umum yang termasuk hipertensi, aterosklerosis yang mengarah ke penyakit arteri koroner, dislipimedi (peningkatan kadar lemak dan kolesterol dalam darah), penyakit jantung, dan hiperlipemia. Ada dua macam jenis stroke yaitu stroke iskemik dan hemoragik.

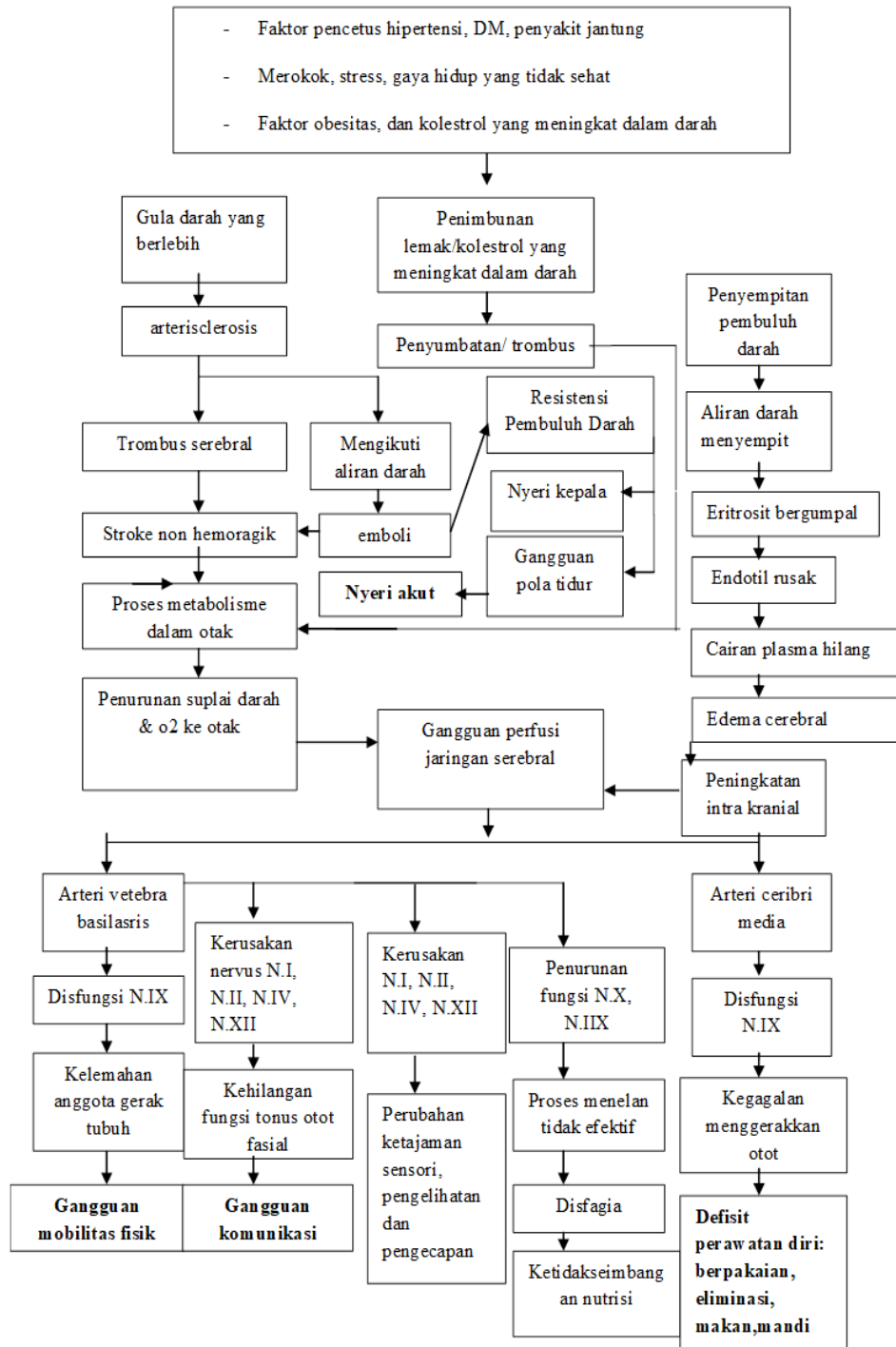
Stroke iskemik atau stroke yang mengalami penyumbatan disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah menjadi terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama 60 samapai 90 detik dapat mengalami penurunan fungsi. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan pada jaringan neuron disekitarnya 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 dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke dalam sirkulasi darah otak, dan dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak.

Penurunan jumlah ATP mengakibatkan kegagalan pompa Na-K ATPase, sehingga Na masuk ke dalam sel dan K keluar sel hal tersebutlah yang menjadi awal membuat sel otak pada akhirnya mati atau nekrosis (Rudi & Utami, 2019, hal.216). Berikut ini adalah pathway stroke non hemoragik.

Gambar 2.1

Pathway SNH



Sumber : Rudi dan Utami (2019).

4. Manifestasi klinis

Menurut Batticaca (2008, hal.60), manifestasi klinis stroke non hemoragik memiliki gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan di wajah atau anggota tubuh (biasanya hemiparesis atau kelemahan otot) atau hemiplegia yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu anggota tubuh (gangguan hemisensorik) bisa terjadi karena kerusakan saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
- c. Perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma) biasanya terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- d. Afasia (tidak lancar atau tidak dapat bicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis, memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi karena pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri.
- e. Disartria (bicara pelo atau cadel) merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas dan sulit

dimengerti. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan ataupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga otot bibir, lidah dan laring mengalami kelemahan.

- f. Vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena adanya peningkatan tekanan di intrakranial, edema serebri.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Wijaya & Putri (2013, hal.33) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menentukan risiko yang terjadi pada pasien stroke, sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan CT-Scan (*computerized tomography scanning*) menggunakan serangkaian sinar-X untuk membuat gambar detail pada otak. CT-Scan dapat menunjukkan jika didalam otak terjadi perdarahan, tumor, stroke, dan kondisi lainnya.
- b. Ekokardiaogram. alat yang menggunakan gelombang suara untuk membuat gambar detail jantung. Ekokardiogram dapat menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke. (Rudi & Utami, 2019)
- c. Angiopati serebral. Untuk membantu menentukan penyakit stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture.
- d. Sinar-X tengkorak. Fungsinya untuk menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dan masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombus serebral.

- e. Ultrasonography Doppler, untuk mengidentifikasi penyakit arteriovena pada masalah sistem arteri karotis, aliran darah atau arterosklerosis.
- f. MRI. Menunjukkan adanya tekanan abnormal seperti tekanan trombotik, emboli dan TIA. Tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik arachnoid atau perdarahan intrakranial.
- g. Foto Thorax. Memerlihatkan keadaan jantung, untuk mengetahui apakah terjadi pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke atau menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal.
- h. Pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan darah rutin dan klinis darah untuk mengetahui kadar gula dan kolesterol dalam darah.

6. Penatalaksanaan

Ada beberapa penatalaksanaan menurut (Tarwoto 2013,hal. 151),yaitu :

a. Fase Akut

- 1) Terapi cairan,di fase akut pasien stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
- 2) Terapi oksigen, pada pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi terjadinya hipoksia dan untuk mempertahankan metabolisme otak.
- 3) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial.

Peningkatan intrakranial disebabkan karena adanya edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian monitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.

- 4) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- 5) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.

b. Fase rehabilitasi

- 1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- 2) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sekali (ROM).
- 3) Pertahankan integritas kulit.
- 4) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- 5) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

7. Komplikasi

Rudi & Utami (2019, hal. 217) menyatakan, bahwa stroke dapat menyebabkan cacat sementara atau permanen, tergantung pada berapa lama otak kekurangan aliran darah dan bagian mana yang berdampak.

Komplikasi yang bisa terjadi :

- a. Kelumpuhan atau hilangnya gerakan pada otot. Penderita stroke bisa menjadi lumpuh di satu sisi tubuh atau kehilangan kendali pada otot-otot tertentu, seperti otot-otot di satu sisi wajah atau bagian tubuh yang lainnya, terapi fisik dapat membantu penderita kembali ke aktivitas yang terkena kelumpuhan, seperti berjalan, makan, dan berdandan.

- b. Kesulitan berbicara atau menelan. Stroke dapat mempengaruhi kontrol otot-otot di mulut dan tenggorokan, sehingga sulit bagi penderita stroke untuk berbicara dengan jelas (disatria), menelan (disfagia), atau makan. Penderita stroke juga mungkin mengalami kesulitan dengan bahasa (afasia), termasuk berbicara atau memahami ucapan, membaca atau menulis. Terapi dengan ahli bicara dapat membantu.
- c. Kehilangan memori atau kesulitan berpikir. Banyak penderita stroke juga mengalami kehilangan dalam ingatan. Selain itu, penderita stroke juga dapat mengalami kesulitan berpikir, membuat penilaian, dan memahami konsep.
- d. Rasa sakit. Nyeri, mati rasa, atau sensasi aneh yang lainnya dapat terjadi pada bagian tubuh yang terkena stroke. Misalnya, stroke dapat menyebabkan lengan bagian kiri seseorang mati rasa, sehingga penderita tersebut merasakan sensasi kesemutan yang tidak nyaman di bagian lengan tersebut.
- e. Penderita stroke mungkin sensitif terhadap perubahan suhu setelah stroke, terutama cuaca dingin. Seseorang yang mengalami stroke mungkin menjadi lebih menarik diri dan kurang sosial atau lebih implusif. Mereka mungkin membutuhkan bantuan perawatan dan melakukan pekerjaan sehari-hari (Rudi & Utami, 2019, hal.218).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Abraham Maslow yang merupakan seorang psikolog dari amerika yang mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia maslow. Hierarki tersebut memiliki lima kategori kebutuhan dasar, yaitu :

1. Kebutuhan fisiologi (*physiologic Needs*).

Kebutuhan fisiologi mempunyai prioritas tertinggi dalam Hierarki Maslow. Kebutuhan fisiologi merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan. Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, dan kebutuhan seksual.

Dalam hal kebutuhan fisiologi yang terganggu pada penderit Stoke Non Hemoragik antara lain, pasien stroke mengalami kesulitan menelan dalam mencerna kalori yang terdapat dalam makanan yang mengakibatkan kehilangan fungsi otak secara mendadak yang mengakibatkan gangguan ke suplai darah ke bagian otak, kehilangan nafsu makan, mual muntah, kehilangan sensasi kecap pada (lidah, pipi, tenggorokan) dan kehilangan aktivitasnya.

2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety and Security Needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologi maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari kecelakaan, infeksi, rasa sakit dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman baru dan asing. dalam hal

kebutuhan dan rasa aman yang terganggu pada pasien Stroke Non Hemoragik biasanya akan mengalami kelumpuhan dan kelemahan, hal ini disebabkan banyaknya komplikasi yang timbul akibat tirah baring yang lama.

3. Kebutuhan rasa cinta dan rasa dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dan diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial. Dalam hal kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki tidak ada masalah yang terganggu pada klien Stroke Non Hemoragik.

4. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*)

Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain. Dalam hal ini yang terganggu pada klien Stroke Non Hemoragik adalah penderita merasa gambaran diri terganggu.

5. Kebutuhan aktualisasi diri (*Need for Self Actualization*)

Kebutuhan ini meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif, dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya. Dalam hal ini kebutuhan aktualisasi diri pada klien Stroke Non Hemoragik antara lain belajar tidak emosional, dan klien merasa kurang percaya diri.

C. Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan rasional. Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik dari individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Suarni & Apriyani, 2017, hal. 16).

Dalam proses keperawatan memiliki lima tahap, di mana tahap-tahap tersebut tidak dapat dipisahkan dan saling berhubungan. Tahap-tahap ini secara bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang kontinu, yang mengulangi kembali kontak dengan pasien. Tahap-tahap dalam keperawatan tersebut adalah pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang dilaksanakan dengan berbagai cara (Wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll) untuk mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatan klien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar. (Suarni & Apriyani, 2017, hal.18). Pengkajian meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial.

a. Identitas Klien

Meliputi Nama, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Alamat, Pekerjaan, Agama, Suku, Tanggal dan Jam masuk RS, No Registrasi, dan Diagnosa Medis.

b. Keluhan Utama

Alasan klien masuk RS adalah kelemahan pada anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi.

c. Riwayat pengkajian sekarang

Berlangsung mendadak, biasanya terjadi nyeri, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, keluhan perubahan perilaku, latergi, tidak responsif dan koma.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya: riwayat tinggi kolesterol, obesitas, diabetes militus, merokok, pemakaian obat-obatan antihipertensi dll.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada keluarga yang memiliki riwayat hipertensi, diabetes militus, atau riwayat stroke terdahulu.

f. Pengkajian psikososial-spiritual

Persepsi terhadap status emosi, kognitif dan perilaku pasien. Mekanisme koping yang digunakan untuk menilai respon emosi terhadap penyakit yang diderita dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat.

2. Pemeriksaan data dasar

a. Aktivitas/istirahat

- 1) Sulit melakukan aktifitas karena kelemahan dan kehilangan sensasi atau paralisi (hemiplegia)

- 2) Merasa mudah kelelahan dan susah untuk istirahat (nyeri, kejang otot)
 - 3) Gangguan pada tonus otot, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran
- b. Sirkulasi
- 1) Memiliki riwayat penyakit jantung (misalnya reumatik/penyakit jantung vaskuler).
 - 2) Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme.
 - 3) Frekuensi nadi dapat bervariasi karena ketidakefektifan fungsi.
- c. Integritas ego
- d. Pasien merasa tidak berdaya, memiliki perasaan putus asa, emosi yang labil, ketidaksiapan untuk makan sendiri dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- e. Eliminasi
- Perubahan pola berkemih, distensi abdomen, bising pada usus (-)
- f. Makanan/cairan
- Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah, kesulitan menelan (gangguan pada reflex palatum dan faringeal), obesitas.
- g. Neurosensori
- Adanya pusing, sakit kepala berat, kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi yang terkena seperti mati atau lumpuh, gangguan pada penglihatan, hilangnya ransangan sensori kontra lateral, gangguan indra perasa dan pengecap, status mental atau tingkat kesadaran,

gangguan fungsi kognitif penurunan pada memori, kelemahan atau paralisis ekstermitas, afasia atau gangguan fungsi bahasa, afasia motorik kesulitan mengucapkan kata, hilangnya kemampuan mengenal atau menghayati masuknya sensasi visual.

h. Nyeri

Sakit kepala dengan intensitas berbeda (karena arteri karotis terkena), tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketergantungan pada otot atau fasia.

i. Pernafasan

Merokok, ketidakmampuan menelan, batuk atau hambatan jalan nafas, pernafasan sulit, tidak teratur, suara nafas terdengar ronchi.

j. Keamanan

Masalah penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tentang tubuh, tidak mampu mengenali objek, warna dan wajah yang tidak pernah dikenal, gangguan respon terhadap panas dingin, gangguan regulasi tubuh, tidak sadar atau kurang kesadaran diri.

k. Interaksi sosial

Ketidakmampuan pada komunikasi

3. Pemeriksaan neurologis

a. Status mental

Tingkat kesadaran, kemampuan bicara, orientasi (waktu, orang, tempat), daya ingat, respon emosional dan kemampuan mengenal benda. Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai *Glasgow coma scale* (GCS) untuk mengamati

pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara dan tanggap motorik (gerakan). Untuk lebih jelas berikut tabel 2.1.

Tabel 2. 1
Penilaian Kesadaran *Glasgow Coma Scale* (GCS)

TES	RESPON	SKOR
1	2	3
Mata	<ul style="list-style-type: none"> • Membuka mata spontan • Membuka mata dengan perintah verbal • Membuka mata dengan rangsangan nyeri • Tidak ada respon 	4 3 2 1
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi baik, nyambung • Bingung, disorientasi tempat,waktu,orang • Mengucapkan kata-kata bukan kalimat • Merintih/mengerang • Tidak ada respon 	5 4 3 2 1
Motorik	<ul style="list-style-type: none"> • Mengikuti perintah • Melokalisir nyeri • Menghindari rasa nyeri • Fleksi abnormal • Ekstensi abnormal • Tidak ada respon gerakan 	6 5 4 3 2 1
Total skor		3-15

Sumber : Ariani (2012)

b. Nervus kranialis

Berikut diuraikan masing-masing 12 saraf kranial dan fungsinya :

Tabel 2. 2
12 Saraf kranial dan Fungsinya

Nama	Jenis	Asal Saraf	Fungsi
Saraf I : Olfaktorius	Sensori	Selaput lendir hidung	Penciuman
Saraf II : Optikus	Sensori	Retina	Penglihatan
Saraf III : Okulomotor	Motorik	Proprioseptor otot bola mata	Pergerakan otot mata ke kanan-kiri dan kelopak mata
Saraf IV : Troklearis	Motorik	Proprioseptor otot bola mata	Pergerakan bola mata
Saraf V : Trigeminal	Sensorik- Motorik	Gigi dan kulit kepala	Perasa (sensorik) dan pergerakan lidah (motorik)
Saraf VI : Abdusen	Motorik	Proprioseptor otot bola mata	Pergerakan bola mata
Saraf VII :	Sensorik-	Ujung pengecap dua	Pengecap (sensorik)

Nama	Jenis	Asal Saraf	Fungsi
Fasial	Motorik	pertiga bagian depan lidah	dan pengatur mimik wajah (motorik)
Saraf VIII : Vestibulo koklear	Sensorik	Saluran semisirkular, utrikulus, sakulus (keseimbangan), koklea (pendengaran)	Pendengaran
Saraf IX : Glosofaringeal	Sensorik-Motorik	Ujung pengecap sepertiga bagian belakang lidah, lapisan faring	Pengecap (sensorik) dan penggerak faring (motorik)
Saraf X : Vagus	Sensorik-Motorik	Reseptor sejumlah organ dalam laring paru-paru, jantung, aorta, lambung	Pengatur suara (sensorik) dan perasa (motorik)
Saraf XI : Asesori	Motorik	Proprioseptor otot leher, pundak, faring, dan laring	Pergerakan leher dan pundak, pergerakan faring dan laring
Saraf XII : Hipoglosal	Motorik	Proprioseptor dalam lidah	Pergerakan otot lidah

Sumber : Ariani (2012)

c. Fungsi motorik

Masa otot, kekuatan otot, tonus otot, fleksi dan ekstensi lengan, abduksi dan adduksi lengan, fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, fleksi dan ekstensi lutut, dorsofleksi dan fleksi plantar pergelangan kaki, dorsofleksi dan fleksi plantar ibu jari kaki.

Tabel 2. 3
Hasil Evaluasi Tingkat Fungsi/Kekuatan Otot

Tingkat fungsi otot	Tingkat
Tidak ada kontraksi	0
Kontraksi ringan, tidak ada gerakan	1
Rentang gerak penuh, tanpa gravitasi	2
Rentang gerak penuh, dengan gravitasi	3
Rentang gerak penuh, melawan gravitasi, terdapat sedikit tahanan	4
Rentang gerak penuh, melawan gravitasi, tahanan penuh	5

Sumber: Ariani (2012)

d. Fungsi sensori

Sentuhan ringan, sensasi nyeri, posisi, getaran.

e. Fungsi serebelum

Tumit lutut, gerakan berganti, tes romberg, gaya berjalan.

f. Reflex

Biceps, triceps, brachioradialis, patella, achilles.

4. Diagnosa keperawatan yang sering muncul

Diagnosa keperawatan merupakan respon yang diberikan klien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya atau proses kehidupan yang berlangsung aktual dan potensial. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon individu klien, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Respon klien terhadap kondisi yang sering terjadi selama rentang kehidupannya dimulai dari fase pembuahan hingga ajal atau meninggal yang membutuhkan diagnosa keperawatan dan dapat diatasi dan diubah dengan intervensi keperawatan (PPNI, 2017). Terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan stroke menurut (Wijaya A. d., 2013) yaitu:

a. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif adalah suatu risiko terjadinya

penurunan sirkulasi darah ke otak penyebabnya adalah Hipertensi (PPNI, 2016).

b. Gangguan mobilitas yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik secara mandiri penyebabnya adalah kelemahan (PPNI, 2016).

c. Gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan simbol, penyebabnya adalah gangguan neuromuskuler (PPNI, 2016).

d. Defisit perawatan diri yaitu ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI, 2016).

5. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah perencanaan yang disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar, standar perencanaan dalam keperawatan diantaranya adalah *Nursing Outcome Classification (NOC)* dan *Nursing Intervention Classification (NIC)* (Suarni & Apriyani, 2017, hal.19).

Tabel 2. 4

Rencana Tindakan Keperawatan Pada klien Stroke Non Hemoragik

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)	Tingkat Nyeri (L.08066) a. Keluhan nyeri tidak ada b. Meringis tidak ada c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Muntah menurun	Manajemen nyeri (I.08238) a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri. c. Identifikasi respons nyeri non verbal. d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. e. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). f. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4
2	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p> <p>Data mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas. Kekuatan otot menurun. Rentang gerak (ROM) menurun. <p>Data minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri saat bergerak. Enggan melakukan pergerakan Merasa cemas saat bergerak Sendi kaku Gerakan tidak terkoordinasi Gerakan terbatas Fisik lemah 	<p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstermitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat Gerakan terbatas menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (mis. Paggar tempat tidur) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	<p>Gangguan komunikasi verbal (D.0119)</p> <p>Data mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak mampu berbicara atau mendengar Menunjukkan respon tidak sesuai <p>Data minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> Gangguan komunikasi (Afasia) Gangguan bahasa (Disfasia) Gangguan bicara (apraksia) Gangguan belajar (Disleksia) Pelo Gagap Tidak ada kontak mata Sukit memahami komunikasi Sulit mempertahankan komunikasi Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh Sulit menyusun 	<p>Komunikasi verbal (L.13118)</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemampuan bicara meningkat Kemampuan mendengar meningkat Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat Kontak mata meningkat Afasia menurun Disfasia menurun Apraksia menurun Disleksia menurun Pelo menurun Gagap menurun Pemahaman komunikasi membaik 	<p>Promosi komunikasi : Defisit Bicara (I. 13492)</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 (mis. Memori, pendengaran dan bahasa) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan berkomunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) Modifikasi lingkungan untk meminimalkan bantuan Berikan dukungan psikologis Anjurkan bicara perlahan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4
	kalimat l. Verbalisasi tidak tepat m. Sulit mengungkapkan kata-kata n. Disorientasi orang, ruang, waktu o. Defisit pengelihatan p. Delusi		
4	Defisit perawatan diri (D.0109) Data mayor : a. Menolak melakukan perawatan diri b. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri c. Minat melakukan perawatan diri kurang	Perawatan diri (L.11103) 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia b. Monitor tingkat kemandirian c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan d. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) e. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri f. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

6. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dialaminya untuk menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017, hal.19).

7. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan

kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Suarni & Apriyani, 2017, hal. 19).

S :Data subjektif, data yang didapatkan dari ungkapan yang diberikan klien setelah diberikan tindakan.

O :Data objektif, informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A :Analisa, membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P :Planning, rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.