

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Stroke adalah serangan otak yang timbul secara mendadak dimana menjadi gangguan fungsi otak sebagian atau menyeluruh sebagai akibat dari aliran darah oleh karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah tertentu di otak, sehingga menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel-sel tersebut dalam waktu yang relatif singkat (dr. Douraman, 2013). Stroke adalah suatu “*Brain Attack*” atau “serangan otak”. Sesuai dengan istilah “serangan”, kejadian stroke hampir selalu tiba-tiba dengan gejala yang beragam. Gejala yang paling sering di temukan adalah keadaan lumpuh separo badan dengan atau tanpa penurunan kesadaran (Mulyatsih & Ahmad, 2010). Menurut WHO, stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian adanya penyebab lain yang jelas selain vascular.

Stroke Hemoragik yang terjadi didalam otak juga disebut perdarahan intraserebral dan gejalanya antara lain kehilangan kesadaran atau mati rasa di bagian wajah, kaki atau lengan disatu sisi tubuh, kejang, pusing, kehilangan keseimbangan, masalah dengan bicara atau menelan, kebingungan atas disorientasi (Gonzales,2013).

2. Etiologi

Penyebab perdarahan otak yang sering terjadi adalah sebagai berikut:

- a. *Aneurisma Berry*, biasanya *defek kongenital*.
- b. *Aneurisma fusiformis* dari *arteriosklerosis*, *Artherosklerosis* adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan

- c. dinding pembuluh darah. Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma yang kemudian robek dan menimbulkan perdarahan.
- d. *Aneurisma Myocotik* dari *Vaskulitis nekrose* dan *emboli* sepsis.
- e. *Malforasi Arterivenous*, yaitu pembuluh darah arteri yang mempunyai bentuk abnormal. Terjadi persambungan pembuluh darah arteri sehingga darah arteri langsung masuk vena, dan menyebabkan mudah pecah serta menimbulkan perdarahan otak.
- f. *Rupture Arterior Serebral*, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan degenerasi pembuluh darah.

Faktor resiko Stroke antara lain:

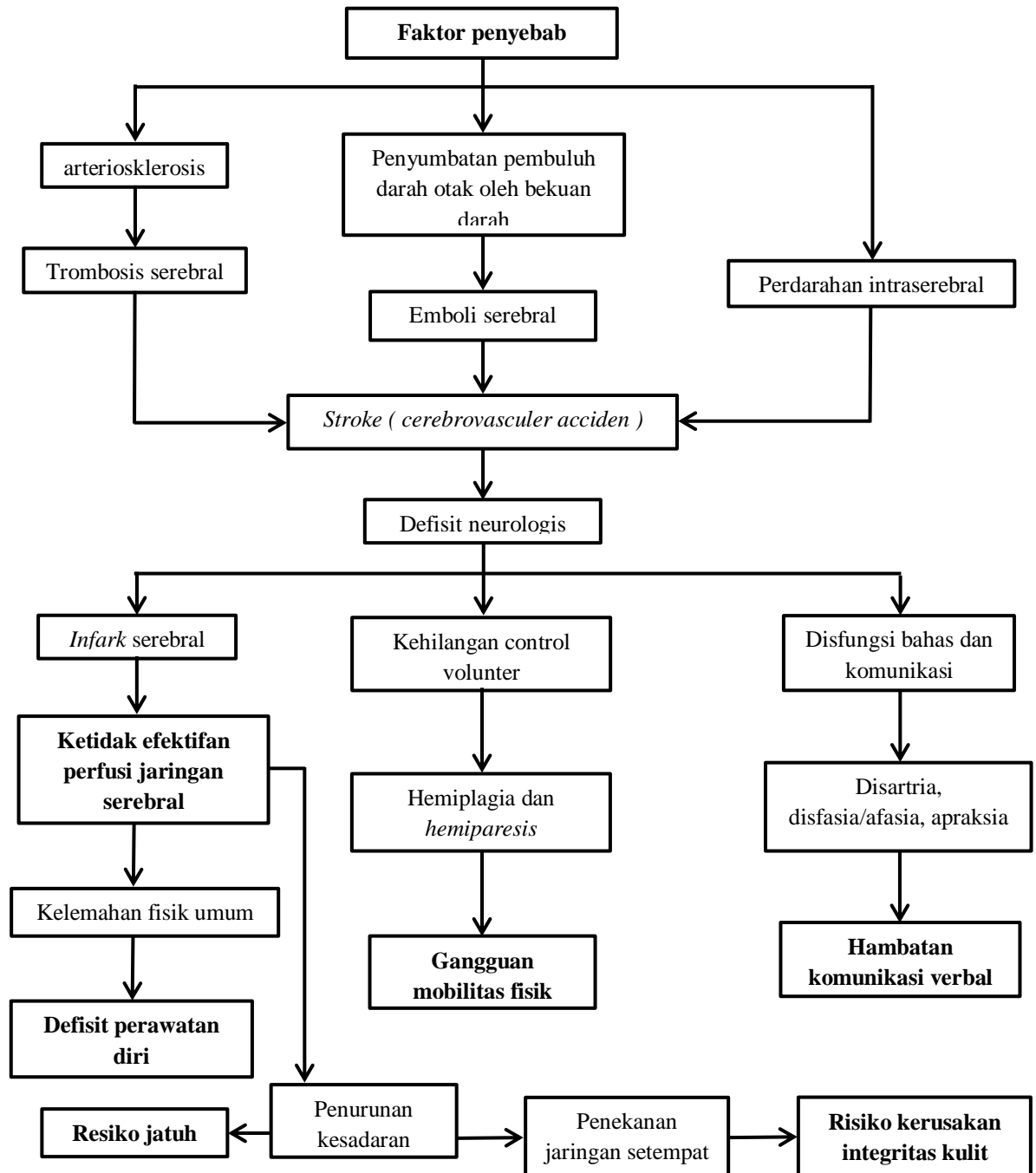
- a. Hipertensi
- b. Penyakit *kardioveskuler* seperti koronaria, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, dan penyakit jantung kongestif
- c. Kolesterol tinggi, obesitas
- d. Peningkatan hematokrit (resiko *infark* serebral)
- e. Diabetes Melitus (berkaitan dengan *akselerasi aterogenesis*)
- f. Kontrasepsi oral (khususnya disertai dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi)
- g. Penyalahgunaan obat (narkoba), rokok dan alkohol

3. Patofisiologi

Faktor penyebab stroke aterosklerosis yaitu mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah mengakibatkan terjadinya thrombosis serebral. Emboli serebri yaitu penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Perdarahan intraserebral yaitu perdarahan didalam jaringan otak itu sendiri, menyebabkan perembesan darah dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi *infark* otak, edema dan mungkin herniasi otak. Dari faktor penyebab stroke dapat menyebabkan defisit neurologis yaitu *infark* serebral, kehilangan

kontrol volunter yang mengakibatkan *hemiplegia* dan *hemiparesis*, disfungsi bahasa atau afasia (Mutaqqin,2008).

Bagan 2.1
Pathway Stroke



Sumber : (Mutaqqin, 2008)

4. Manifestasi Klinis

Menurut Batticaca (2011), gejala klinis timbul tergantung dari jenis Stroke.

- a. Gejala klinis pada Stroke Hemoragik berupa:
 - 1) Defisit neurologis mendadak, didahului gejala prodromal yang terjadi pada saat istirahat atau bangun pagi
 - 2) Kadang tidak terjadi penurunan kesadaran
 - 3) Terjadi pada usia >50tahun
 - 4) Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya.
- b. Gejala klinis pada Stroke akut berupa:
 - 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya *hemiparesis*) yang timbul mendadak
 - 2) Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (*gangguan hemisensorik*)
 - 3) Perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, latergi, stupor, atau koma)
 - 4) *Afasia* (tidak lancar atau tidak dapat bicara)
 - 5) *Disartria* (bicara pelo atau cedal)
 - 6) *Ataksia* (tungkai atau anggota badan tidak tepat pada sasaran)
 - 7) *Vertigo* (mual dan muntah atau nyeri kepala).

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Batticaca (2011), berikut pemeriksaan penunjang pada pasien stroke:

- a. *Angiografi serebral*, membantu menuntukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahan atau sumbatan arteri.
- b. Skan Tomografi Komputer (*Computer Tomography scan - CT - scan*). Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya thrombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid dan perdarahan intrakranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi.

- c. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI). Menunjukkan daerah *infark*, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).
- d. *Ultrasonografi Doppler* (USG Doppler). Menidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis aliran darah atau timbulnya plak) dan arteriosklerosis.
- e. Elektroensefalogram (*electroencephalogram*-EEG). Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- f. Sinar tengkorang. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng piala daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.

Menurut Batticaca (2011), pemeriksaan laboratorium pada pasien Stroke:

- a. Darah rutin
- b. Gula darah
- c. Urine rutin
- d. Cairan *serebrospinal*
- e. Analisa gas darah (AGD)
- f. Biomkimia darah
- g. *Elektrolit*

6. **Komplikasi**

Stroke hemoragik dapat menyebabkan beberapa komplikasi antara lain:

- a. *Infark serebri*
- b. *Hidrocephalus* yang sebagian kecil menjadi *hidrocephalus* normotensif
- c. *Fistula caroticocavernosum*
- d. *Epistaksis*
- e. Peningkatan TIK, tonus otot abnormal.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Bagan 2.2
Kebutuhan Dasar Manusia Maslow



Sumber : Abraham Maslow dalam (Saputra, 2013)

Menurut Tarwoto (2013) Salah satu kebutuhan fisiologi pada pasien Stroke Hemoragik khususnya dengan gangguan Oksigenasi adalah pemenuhan kebutuhan oksigenasi, hal ini ditentukan oleh adekuatnya sistem pernafasan, sistem kardioveskuler, dan hemotologi yang mempengaruhi kebutuhan oksigenasi antara lain:

- a) faktor fisiologi
- b) faktor perkembangan
- c) faktor perilaku
- d) faktor lingkungan

Masalah-masalah keperawatan kebutuhan oksigenasi antara lain:

- a) bersihan jalan napas tidak efektif
- b) pola napas tidak efektif
- c) gangguan pertukaran gas

C. Proses Keperawatan Stroke Hemoagi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan memodifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data bisa dilakukan dengan berbagai cara yaitu seperti wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll (Suarni & Apriyani, 2017).

Untuk mengkaji klien dengan diagnosa stroke hemoragik diperlukan data-data sebagai berikut;

- a. Identitas klien, nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit.
- b. Aktivitas dan istirahat
 - 1) Data Subjektif
 - a) Kesulitan dalam beraktivitas, kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis.
 - b) Mudah lelah, kesulitan istirahat karena nyeri atau kejang otot.
 - 2) Data Objektive
 - a) Perubahan tingkat kesadaran
 - b) Perubahan tonus otot (*flaksid atau spastie*), paralisis (*hemiplegia*), kelemahan secara umum
 - c) Gangguan penglihatan
- c. Sirkulasi
 - 1) Data Subjektif

Riwayat penyakit jantung (penyakit katup jantung, distrimia, gagal jantung, endokarditis bakterial), polisitema.
 - 2) Data Objektif
 - a) Hipertensi arterial
 - b) Disritmia, kemungkinan bervariasi
 - c) Denyut karotis, femoral dan arteri iliaca atau aorta abdominal

d. Integritas Ego

1) Data Subjektif : perasaan tidak berdaya, hilang harapan

2) Data Objektif

a) Emosi yang labil dan marah yang tidak tepat, kesedihan, kegembiraan.

b) Kesulitan mengekspresikan diri.

e. Eliminasi

1) Data Subjektif

a) Inkontinensia, anuria

b) Distensi abdomen (kandung kemih sangat penuh), tidak adanya suara usus (ileus paralitik)

f. Makan dan Minum

1) Data subjektif

a) Nafsu makan hilang

b) Nausea/ vomitus menandakan adanya peningakatan lemak dalam darah.

2) Data objektif

a) Masalah dalam mengunyah (menurunnya reflek platum dan faring)

b) Obesitas (faktor resiko)

g. Sensori neural

1) Data subjektif

a) Pusing

b) Nyeri kepala pada perdarahan intraserebral atau perdarahan subaraknoid.

c) Kelemahan, kesemutan/kebas, sisi yang terkena terlihat seperti lumpuh/ mati.

d) Penglihatan berkurang.

e) Gangguan rasa pengecapan dan penciuman.

2) Data objektif

- a) Status mental: koma biasanya menandai stadium perdarahan, gangguan tingkah laku (seperti latergi, apatis, menyerang) dan gangguan fungsi kognitif.
- b) Ekstremitas: kelemahan/paralisis (kontralateral pada semua jenis stroke, genggam tangan tidak seimbang, berkurang refleks tendon).
- c) Wajah: paralisis
- d) *Afasia*: kerusakan atau kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan akspresif atau kesulitan berkata-kata, reseptif atau kesulitan berkata-kata secara komprehensif, atau kombinasi dari keduanya.
- e) Kehilangan kemampuan-kemampuan mengenal atau melihat, pendengaran, stimulus taktil.
- f) *Apraksia*: kehilangan kemampuan menggunakan motorik.
- g) Reaksi dan ukuran pupil: dilatasi tidak sama dan tidak bereaksi pada sisi ipsi lateral.

h. Nyeri/ kenyamanan

1) Data subjektif

Sakit kepala yang bervariasi intensitasnya

2) Data objektif

Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan otak/fasial.

i. Respirasi

Data subjektif

- a) Perokok (faktor resiko)
- b) Kelemahan menelan/batuk/melindungi jalan napas
- c) Timbul pernapasan yang sulit dan/atau tidak teratur
- d) Suara napas terdengar ronki/aspirasi

j. Keamanan

Data objektif

- a) Motorik/sensorik: masalah dengan penglihatan

- b) Perubahan persepsi terhadap tubuh, kesulitan untuk melihat objek, hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit.
- c) Tidak mampu mengenali objek, warna yang pernah dikenali
- d) Gangguan berespon terhadap panas, dan dingin/ gangguan regulasi suhu tubuh.
- e) Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, berkurang kesadaran diri.

k. Interaksi

Data objektif: masalah berbicara, ketidakmampuan berkomunikasi.

l. Pengajaran/ pembelajaran

Data objektif: riwayat hipertensi keluarga, stroke, dan penggunaan kontrasepsi oral.

2. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret dalam jalan napas
Definisi : ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap Paten
2. Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
Definisi : Tubuh mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler
Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
5. Risiko luka tekan berhubungan dengan riwayat stroke
Definisi : beresiko mengalami cedera local pada kulit & jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan & gesekan.

3. Rencana Keperawatan

Tahap perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017). Rencana asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik terdapat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1
Rencana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan secret dalam jalan napas (SDKI, 2017) Mayor</p> <p>a. batuk tidak efektif</p> <p>b. sputum berlebih</p> <p>c. ronkhi</p> <p>Minor</p> <p>a. dispnea</p> <p>b. otopnea</p> <p>c. gelisah</p> <p>d. frekuensi napas berubah</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 X 24 jam maka Bersihkan Jalan Napas Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Produksi sputum menurun</p> <p>b. Frekuensi napas membaik</p> <p>c. Suara napas tambahan menurun</p> <p>d. Dispnea menurun</p>	<p>Manajemen Jalan Napas Observasi</p> <p>a. Monitor pola napas</p> <p>b. Monitor bunyi napas tambahan</p> <p>c. Monitor sputum tambahan</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>b. Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>c. Berikan minum hangat</p> <p>d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</p> <p>e. Berikan oksigen sesuai anjuran dokter</p> <p>f. Lakukan pengisapan lendir <15 detik</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak terkontraindikasi</p> <p>b. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>

1	2	3	4
			<p>Pemantauan Tanda Vital</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tekanan darah Monitor nadi Monitor pernapasan Monitor suhu tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan
2.	<p>Risiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 X 24 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tingkat kesadaran meningkat Sakit kepala menurun Tekanan darah membaik Gelisah menurun 	<p>Perawatan sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa sirkulasi perifer Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera Lakukan pencegahan infeksi Lakukan perawatan kaki dan kuku Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan berhenti

1	2	3	4
			<p>Merokok</p> <p>b. Anjurkan berolahraga rutin Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</p> <p>c. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>d. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</p>
<p>3.</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (SDKI, 2017) Mayor</p> <p>a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>b. Kekuatan otot menurun</p> <p>c. Rentang gerak ROM menurun</p> <p>Minor</p> <p>a. Sendi kaku</p> <p>b. Fisik lemah</p> <p>c. Gerakan terbatas</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 X 24 jam maka Mobilitas Fisik Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>d. Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Perawatan Tirah Baring</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor kondisi kulit</p> <p>b. Monitor komplikasi tirah baring</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Tempatkan pada kasus terapeutik</p> <p>b. Posisikan senyaman mungkin</p> <p>c. Pertahankan seprei tetap kering dan bersih</p> <p>d. Pasang siderails</p> <p>e. Berikan latihan gerak aktif atau pasif</p> <p>f. Pertahankan kebersihan pasien</p> <p>g. Ubah posisi pasien setiap 2 jam</p> <p>h. Dekatkan posisi meja tempat tidur</p> <p>i. Posisikan tempat tidur dekat dengan <i>nurse station</i>, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring</p>
<p>4.</p>	<p>Deficit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 X 24 jam maka Perawatan Diri Meningkat dengan</p>	<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri</p>

1	2	3	4
	neuromuskuler (SDKI, 2017) Mayor a. Menolak melakukan perawatan diri Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet b. Minat melakukan perawatan diri kurang	kriteria hasil : a. Kemampuan mandi meningkat b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat Kemampuan makan meningkat c. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat d. Mempertahankan kebersihan mulut	sesuai usia b. Monitor tingkat kemandirian c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik d. Sediakan lingkungan yang teraupetik e. Siapkan keperluan pribadi f. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri g. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisen
5	Risiko luka tekan berhubungan dengan riwayat stroke	Setelah dilakukan intervensi selama 3 X 24 jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : a. Elastisitas meningkat b. Kerusakan jaringan meningkat c. Kerusakan lapisan kulit meningkat d. Kemerahan menurun	Pencegahan luka tekan Observasi a. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala b. Periksa luka tekan sebelumnya c. Monitor suhu kulit yang tertekan d. Monitor berat badan dan perubahannya e. Monitor status kulit harian f. Monitor ketat area yang memerah g. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi Terapeutik a. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin b. Gunakan barrier seperti lation atau bantalan penyerap air c. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam d. Buat jadwal perubahan

1	2	3	4
			posisi e. Jaga seprei tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan Edukasi a. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit b. Anjurkan elapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit c. Ajarkan cara merawat kulit

4. Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pungumpulan data sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan. (Suarni & Aprityani,2017).

a. Tahap Pelaksanaan

- 1) Berfokus pada klien
- 2) Berorientasi pada tujuan
- 3) Memperhatikan kemampuan fisik dan psikologis klien
- 4) Kompeten

b. Pengisian format pelaksanaan tindakan keperawatan

- 1) Nomor diagnosa keperawatan/masalah keperawatan
- 2) Tanggal/jam
- 3) Tindakan pada SIKI

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibutuhkan pada tahap perencanaan. Untuk digunakan komponen SOAP:

S : data subjektif yang didapatkan dari keluhan klien langsung

O : data objektif, data yang didapatkan dari hasil observasi perawat secara langsung

- A : analisis merupakan interpretasi dari subjektif dan objektif.
Analisis merupakan diagnosis keperawatanyang masih terjadi
ataujuga dapat dituliskan masalah baru yang terjadi akibat
perubahan status kesehatan klien
- P : planning yaitu perencanaan keperawatan yang akan dilakukan,
dilanjutkan, dimodifikasi, dari rencana tindakan yang telah
ditentukan sebelumnya.