

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Stroke merupakan sindrom klinis yang timbulnya mendadak progresif, cepat, serta berupa defisit neurologis local dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih. Selain itu, juga dapat langsung menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan pada peredaran otak non traumatic (Ariani, 2013).

Menurut (Mutaqin, 2011) stroke dapat diklasifikasikan menurut patologi dan gejala kliniknya, yaitu:

##### **a. Stroke Hemoragic**

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bias juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun. Peredaran darah otak di bagi 2, yaitu:

##### **1) Peredaran darah intraserebral**

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons dan sereblum.

##### **2) Perdarahan Subarachnoid**

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang

subarachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, dll).

b. Stroke Non Hemoragic

Stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

2. Etiologi

Menurut Smeltzer (2001) dalam Ariani (2013) stroke biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian yaitu sebagai berikut:

a. Trombosis serebral

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral merupakan penyebab utama dari trombosis serebral dan merupakan penyebab umum dari stroke (Smeltzer 2001, dalam Ariani, 2013). Trombosis merupakan pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan terganggunya aliran darah ke otak (Tarwoto, 2013).

b. Emboli Serebri

Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya sehingga merusak sirkulasi serebra. (Smeltzer, 2001 dalam Ariani, 2013). Emboli merupakan benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan penyumbatan pada pembuluh darah otak (Tarwoto, 2013).

c. Iskemia Serebral

Iskemia serebral (Infusiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Smeltzer, 2001 dalam Ariani, 2013).

d. Hemoragi serebral

- 1) Hemoragi ekstradural (hemoragi epidural) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera.
- 2) Hemoragi subdural pada dasarnya sama dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek.
- 3) Hemoragi subaraknoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisme pada area sirkulus willisi dan malformasi arteri vena congenital pada otak.
- 4) Hemoragi intraserebral adalah perdarahan disubstansi dalam otak, paling umum terjadi pada pasien hipertensi dan aterosklerosis serebral disebabkan oleh perubahan degeneratif karena penyakit ini biasanya menyebabkan rupture pembuluh darah.

e. Patofisiologi

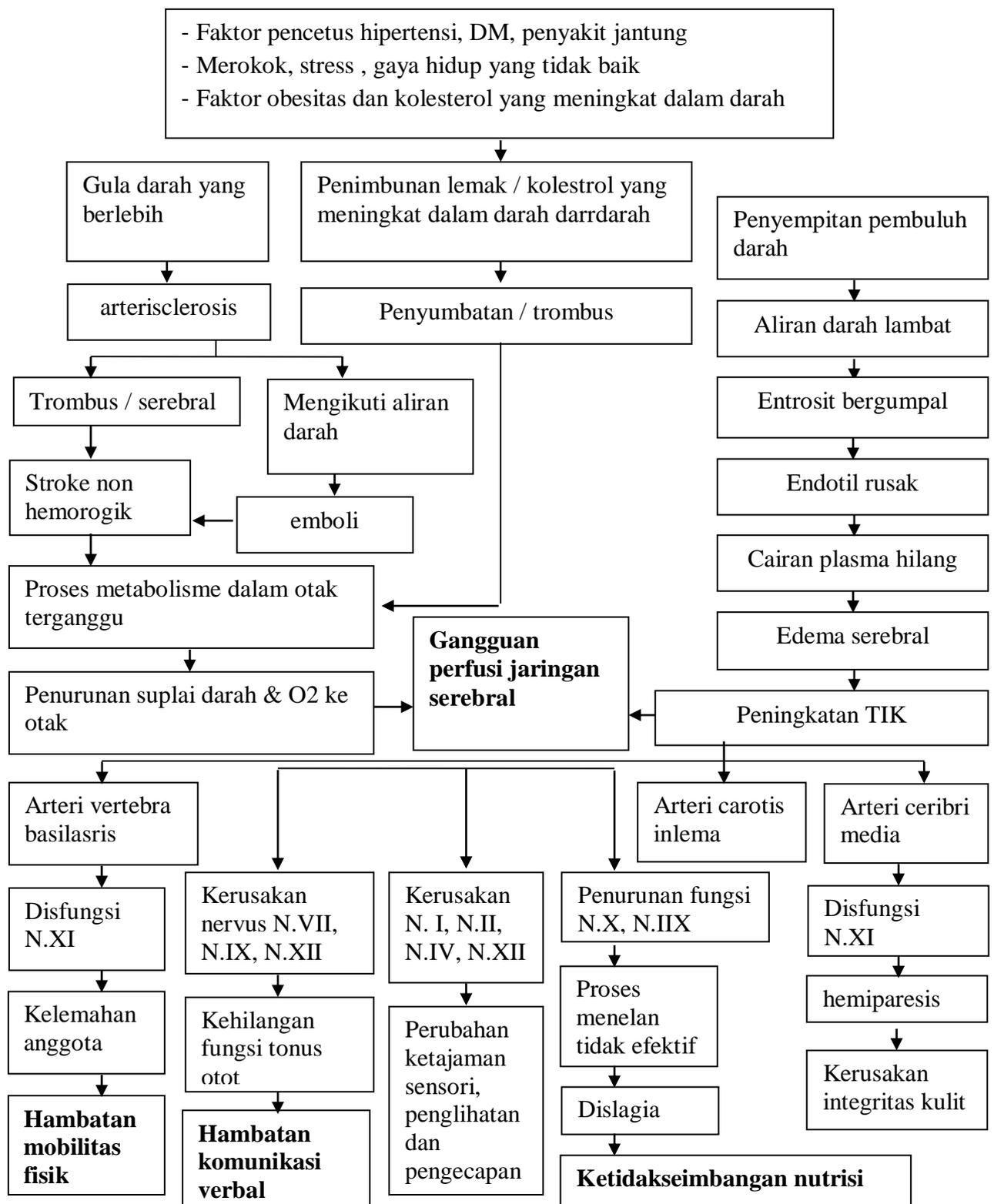
Otak sangat bergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Bila terjadi anoksia seperti halnya yang terjadi pada CVA, metabolisme di otak segera mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3-10 menit. Tiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi otak akan menimbulkan hipoksia atau anoksia. Hipoksia menyebabkan iskemik otak. Iskemik otak dalam waktu lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat terjadi infark otak yang disertai dengan edema otak karena pada daerah yang dialiri darah terjadi penurunan perfusi dan oksigen, serta meningkatkan karbondioksida dan asam laktat (Long, 1996 dalam Ariani, 2013).

Stroke iskemik disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 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 didalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak. 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.

Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamat. Glutamat bekerja pada reseptor di sel-sel saraf, menghasilkan influx natrium dan kalsium. Influx natrium membuat jumlah cairan intraseluler meningkat dan pada akhirnya menyebabkan edema pada jaringan. Influx kalsium merangsang pelepasan enzim proteolisis (protease, lipase, nuklease) yang memecah protein, lemak dan struktur sel. Influx kalsium menyebabkan kegagalan mitokondria, suatu organel membran yang mengatur metabolisme sel. Kegagalan-kegagalan tersebut yang membuat sel otak mati atau nekrosis (Haryono & Utami, 2019).

**Gambar 2.1**  
**Pathway Stroke Non Hemorogik**



Sumber: (Haryono & Utami, 2019.)

f. Tanda dan Gejala

Menurut Smeltzer (2001) dalam Ariani 2013 manifestasi klinis stroke adalah sebagai berikut:

1) Defisit lapang penglihatan

a) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan)

b) Kehilangan penglihatan perifer

Kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek

c) Diplopia

Penglihatan ganda

2) Defisit motorik

a) Hemiparesis

Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama.

Paralisis wajah karena lesi pada hemisfer yang berlawanan.

b) Ataksia

Berjalan tidak mantap, tegak, tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

c) Disartria

Kesulitan dalam membentuk kata.

d) Disfagia

Kesulitan dalam menelan.

3) Defisit verbal

a) Afasia ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal.

b) Afasia reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.

c) Afasia global

Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif.

## 4) Defisit kognitif

Penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian.

## 5) Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi.

## g. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Harsono (1996) dalam (Ariani, 2013) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita stroke adalah sebagai berikut:

## 1) CT-Scan bagian kepala

Pada stroke non hemoragi terlihat adanya infark.

## 2) Pemeriksaan lumbal pungsi

Pada pemeriksaan lumbal pungsi untuk pemeriksaan diagnostik diperiksa kimia sitologi, mikrobiologi, dan virology. Pada stroke non hemoragic akan ditemukan tekanan normal pada cairan serebrospinal jernih.

## 3) Elektrokardiografi (EKG)

Untuk mengetahui keadaan jantung di mana jantung berperan dalam suplai darah ke otak.

## 4) Elektro Encephalo Grafi

Elektro Encephalo Grafi mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik.

## 5) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan darah, kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah.

## 6) Angiografi serebral

Pada serebral angiografi membantu secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri, memperlihatkan secara

tepat letak oklusi atau rupture.

7) Magnetic Resonansi Imagine (MRI)

Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, Malformasi Arterio Vena (MAV).

8) Ultrasonografi Dopler

Ultrasonografi Dopler dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit MAV.

h. Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Satyanegara (1998) dalam (Ariani, 2013) adalah sebagai berikut:

1) Komplikasi dini (0-48 jam pertama)

a) Edema serebri: defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, herniasi dan akhirnya menimbulkan kematian.

b) Infark miokard, penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal.

2) Komplikasi jangka pendek (1-14 hari pertama)

a) Pneumonia: akibat immobilisasi lama.

b) Infark miokard.

c) Emboli paru: cenderung terjadi 7-14 hari pasca-stroke, sering kali pada saat penderita mulai mobilisasi.

d) Stroke rekuren: dapat terjadi pada setiap saat.

3) Komplikasi jangka panjang

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain: penyakit vascular perifer.

Menurut Smeltzer (2001) dalam Ariani (2013), komplikasi yang terjadi pada pasien stroke yaitu sebagai berikut:

a) Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi.

b) Penurunan darah serebral

c) Embolisme serebral

## B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang disebut Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu:

1. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis meliputi oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat tidur, terbebas dari rasa nyeri, pengaturan suhu tubuh, seksual, dan lainnya.

2. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Safety and Security Needs*)

Kebutuhan akan keselamatan dan keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai bahaya yang mengancam, baik terhadap fisik dan psikososial.

3. Kebutuhan Rasa Cinta, Memiliki dan Dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Kebutuhan cinta merupakan suatu dorongan di mana seseorang berkeinginan untuk menjalin hubungan yang bermakna secara efektif atau hubungan emosional dengan orang lain.

4. Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem Needs*)

Penghargaan diri merujuk kepada penghormatan diri dan pengakuan diri.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Needs for Self Actualization*)

Aktualisasi diri merupakan kemampuan seseorang untuk mengatur diri sendiri sehingga bebas dari berbagai tekanan, baik yang berasal dari dalam diri maupun di luar diri.

Oksigen sangat berperan dalam proses metabolisme tubuh. Masalah kebutuhan oksigen merupakan masalah utama dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Hal ini telah terbukti pada seseorang yang kekurangan oksigen akan mengalami hipoksia dan akan terjadi kematian (Andina & Yuni (2017).

Oksigen (O<sub>2</sub>) merupakan gas yang sangat vital dalam kelangsungan hidup sel dan jaringan tubuh karena oksigen diperlukan untuk proses metabolisme tubuh secara terus-menerus. Pemenuhan kebutuhan oksigen

tubuh sangat ditentukan oleh adekuatnya sistem pernapasan, sistem kardiovaskuler, dan sistem hematologi (Tarwoto & Wartonah (2015).

Kebanyakan orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat menjadi lebih optimal. Di samping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Dalam hal ini, kemampuan aktivitas tubuh tidak lepas dari sistem muskuloskeletal dan persarafan yang adekuat (Wahit Iqbal Mubarak & Lilis Indawati, 2015).

### **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).

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Suarni dan Apriyani, 2017).

Pengkajian keperawatan pasien stroke non hemoragik menurut Wijaya & Putri (2013):

##### **a. Pengkajian**

###### **1) Identitas klien**

Umur, jenis kelamin, usia, ras, suku bangsa, agama dll

###### **2) Riwayat kesehatan dahulu**

###### **a) Riwayat hipertensi**

###### **b) Riwayat penyakit kardiovaskuler**

- c) Riwayat tinggi kolesterol
  - d) Obesitas
  - e) Riwayat DM
  - f) Riwayat aterosklerosis
- 3) Riwayat kesehatan sekarang
- a) Kehilangan komunikasi
  - b) Gangguan persepsi
  - c) Kehilangan motorik
  - d) Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot)
- 4) Riwayat kesehatan keluarga
- Apakah ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga
- b. Pemeriksaan dasar
- 1) Aktivitas / istirahat
- a) Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis
  - b) Merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot)
  - c) Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum
  - d) Gangguan penglihatan
  - e) Gangguan tingkat kesadaran
- 2) Sirkulasi
- a) Adanya penyakit jantung
  - b) Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme/malinformasi vaskuler
  - c) Frekuensi nadi dapat bervariasi karena ketidakefektifan fungsi/ keadaan jantung
- 3) Integritas ego
- a) Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
  - b) Emosi labil, ketidaksiapan untuk makan sendiri dan gembira
  - c) Kesulitan untuk mengekspresikan diri

- 4) Eliminasi
  - a) Perubahan pola berkemih seperti: inkontinensia urin, anuria
  - b) Distensi abdomen, bising usus (-)
- 5) Makanan / cairan
  - a) Nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut / peningkatan TIK
  - b) Kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah, pipi dan tengkorak)
  - c) Disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah
  - d) Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal)
  - e) Obesitas
- 6) Neurosensori
  - a) Adanya pusing / sakit kepala berat
  - b) Kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi terkena seperti mati / lumpuh
  - c) Penglihatan menurun: buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (dislopi)
  - d) Sentuhan: hilangnya rangsangan sensoris kontra lateral (ada sisi tubuh yang berlawanan / pada ekstremitas) pada wajah
  - e) Gangguan rasa mengecap dan penciuman
  - f) Status mental / tingkat kesadaran: koma pada tahap awal, tetap sadar jika trombosis alami
  - g) Gangguan fungsi kognitif: penurunan memori
  - h) Ekstremitas: kelemahan / paralisis (kontralateral), tidak dapat menggenggam, refleks tendon melemah secara kontralateral
  - i) Afasia: gangguan fungsi bahasa, afasia motorik (kesulitan mengucapkan kata) atau afasia sensorik (kesulitan memahami kata-kata bermakna)
  - j) Kehilangan kemampuan mengenali / menghayati masuknya sensasi visual, pendengaran, kewaspadaan kelainan terhadap bagian yang terkena, gangguan persepsi, kehilangan

kemampuan menggunakan motorik saat klien ingin menggunakannya

7) Nyeri

- a) Sakit kepala dengan intensitas berbeda (karena arteri karotis terkena)
- b) Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketergantungan pada otot

8) Pernafasan

- a) Merokok
- b) Ketidakmampuan menelan / hambatan jalan nafas
- c) Pernafasan sulit, tidak teratur, suara nafas terdengar / ronki (aspirasi sekresi)

9) Keamanan

- a) Motorik / sensorik: masalah penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tentang tubuh, hilangnya kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit
- b) Tidak mampu mengenali objek, warna dan wajah yang pernah dikenali
- c) Gangguan berespon terhadap panas dan dingin, gangguan regulasi tubuh
- d) Tidak mandiri, gangguan dalam memutuskan, perhatian terhadap keamanan sedikit
- e) Tidak sadar / kurang kesadaran diri

10) Interaksi sosial

Masalah bicara, tidak mampu berkomunikasi

11) Pemeriksaan neurologis

- a) Status mental

Pemeriksaan tingkat kesadaran menurut Ariani (2013) yaitu:

Tabel 2.1  
Penilaian Kesadaran

Tindakan	Respon	Skor
Respon Mata	Membuka mata spontan	4
	Membuka dengan perintah	3
	Membuka mata karena rangsang nyeri	2
	Tidak mampu membuka mata	1
Respon verbal	Orientasi dan pengertian baik	5
	Pembicaraan yang kacau	4
	Pembicaraan yang tidak pantas dan kasar	3
	Dapat bersuara, merintih	2
	Tidak ada respon	1
Respon Motorik	Menanggapi perintah	6
	Reaksi gerakan local terhadap rangsang	5
	Reaksi menghindar terhadap rangsang nyeri	4
	Tanggapan fleksi abnormal	3
	Tanggapan ekstensi abnormal	2
	Tidak ada gerakan	1
	Total	

Tabel 2.2  
Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran	Nilai GCS	Keterangan
Composmentis	14-15	Saat ditanya berespon baik
Apatis	12-13	Mudah mengantuk dan dibangunkan
Delirium	10-11	Merasa gelisah, hingga meronta-ronta
Somnolens	7-9	Kondisi mengantuk tetapi bisa di bangunkan dengan rangsangan
Sopor Coma	4-6	Kondisi mengantuk berat dan hanya bisa dibangunkan dengan rangsangan kasar
Coma	3	Kondisi penurunan tingkat kesadaran

## b) Nervus kranialis

Pemeriksaan saraf kranial menurut Ariani (2013) antara lain:

Tabel 2.3  
Fungsi Saraf Cranial

Saraf	Fungsi
Saraf olfaktorius (N.I)	Hidung / penciuman.
Saraf optikus (N.II)	Ketajaman penglihatan, lapang pandang.
Saraf olulomotorius (N.III)	Refleks pupil, otot ocular, eksternal termasuk gerakan ke atas, ke bawah dan medial, kerusakan akan menyebabkan otosis dilatasi pupil.
Saraf troklearis (N.IV)	Gerakan okular menyebabkan ketidakmampuan melihat ke bawah dan samping.
Saraf trigeminus (N.V)	Fungsi sensori, refleks kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut, fungsi motorik, reflek rahang.
Saraf abduksen (N.VI)	Gerakan okular, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan ke bawah dan ke samping.
Saraf fasialis (N.VII)	Fungsi motorik wajah bagian atas dan bawah, kerusakan akan menyebabkan asimetris wajah dan poresis.
Saraf akustikus (N.VIII)	Tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan tulang, kerusakan akan menyebabkan tinnitus atau kurang pendengaran atau ketulian.
Saraf glosfaringeus (N.IX)	Fungsi motorik, reflek gangguan faringeal, atau menelan.
Saraf vagus (N.X)	Bicara
Saraf asesorius (N.XI)	Kekuatan otot trapezius dan sternokleidomastoid, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat bahu.
Saraf hipoglosus (N.XII)	Fungsi motorik lidah, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah

## c) Fungsi motorik

Menurut Ariani (2013) pemeriksaan sistem motorik meliputi:

- 1) Pengamatan
- 2) Gerakan volunter
- 3) Palpasi otot
- 4) Perkusi otot
- 5) Tonus otot
- 6) Kekuatan otot

Pemeriksaan kekuatan otot menurut Ariani (2013) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4  
Skala Kekuatan Otot

Skala	Keterangan
0	Tidak ada kontraksi otot
1	Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata
2	Pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki
3	Mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi
4	Tidak mampu menahan tangan pemeriksa
5	Kekuatan penuh

Menurut Carpenito (1998) dalam (Ariani, 2013) evaluasi masing-masing Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) menggunakan skala sebagai berikut.

Tabel 2.5  
Penilaian Aktivitas

Skor	Keterangan
0	Mandiri keseluruhan
1	Memerlukan alat bantu
2	Memerlukan bantuan minimal
3	Memerlukan bantuan dan pengawasan
4	Memerlukan pengawasan keseluruhan
5	Memerlukan bantuan total

d) Fungsi sensori

Menurut Ariani (2013) jenis-jenis pemeriksaan sensorik yang sering digunakan adalah sebagai berikut:

- 1) Sensibilitas eksteroseptif atau protopatik  
terdiri atas : rasa nyeri, rasa suhu dan rasa raba.
- 2) Sensibilitas proprioseptif (raba-raba dalam)
- 3) Sensibilitas diskriminatif
  - a) Daya untuk mengenal bentuk/ukuran
  - b) Daya untuk mengenal/mengetahui berat sesuatu benda dan sebagainya.

e) Fungsi reflek

Menurut Ariani (2013) penilaian reflek selalu berarti penilaian secara banding antara sisi kiri dan sisi kanan. Reflek fisiologis yang dibangkitkan untuk pemeriksaan klinis meliputi reflek supervisial dan reflek tendon atau periosteum.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien stroke yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi, aneurisma serebri, embolisme.
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, penurunan kekuatan otot, gangguan muskuloskeletal, nyeri, kelemahan
- c. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskular, gangguan muskuloskeletal.
- d. Defisit perawatan diri b.d gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, gangguan psikologis dan/atau psikotik, penurunan motivasi/minat, kelemahan.

### 3. Rencana Keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017).

Tabel 2.6  
Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif	<b>Perfusi jaringan serebral (0406)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil : a. Tekanan darah sistolik normal b. Tekanan darah diastolik normal c. Tidak ada sakit kepala d. Tidak gelisah e. Tidak ada kelesuan f. Mempertahankan tingkat kesadaran g. GCS E4V5M6	<b>Manajemen edema serebral (2540)</b> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Beri posisi <i>semi fowler</i> 3. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, keluhan pusing, pingsan 4. Monitor status neurologis dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal 5. Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien 6. Rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat 7. Kolaborasi pemberian obat terapi dengan dokter

1	2	3	4
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pergerakan ekstremitas</li> <li>b. Kekuatan otot</li> <li>c. Rentang gerak (ROM)</li> <li>d. Nyeri</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tempat tidur)</li> <li>5. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i></li> <li>6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>8. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</li> </ol>
3.	Gangguan komunikasi verbal	<p><b>Komunikasi (0902)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kemampuan berbicara</li> </ol>	<p><b>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</li> <li>2. Monitor proses</li> </ol>

1	2	3	4
		b. Kemampuan mendengar c. Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh d. Kontak mata	kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, isyarat tangan) 4. Ulangi apa yang disampaikan pasien 5. Berikan dukungan psikologis 6. Anjurkan berbicara perlahan 7. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
4.	Defisit perawatan diri	<b>Perawatan diri (L.11103) :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil : a. Kemampuan mandi b. Kemampuan mengenakan pakaian c. Kemampuan makan d. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) e. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri f. Minat melakukan perawatan diri	<b>Dukungan perawatan diri : BAB/BAK (I.11349)</b> 1. Dukung penggunaan toilet / pispot / urinal secara konsisten 2. Jaga privasi selama eliminasi 3. Latih BAB/BAK sesuai jadwal 4. Anjurkan BAB/BAK secara rutin  <b>Dukungan perawatan diri berpakaian (I.11350)</b> 1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau 2. Fasilitasi mengenakan pakaian / jika perlu 3. Fasilitasi berhias misal menyisir

1	2	3	4
			<p>rambut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jaga privasi selama berpakaian</li> <li>5. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri</li> </ol> <p><b>Dukungan perawatan diri: makan atau minum (I.11351)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi diet yang dianjurkan</li> <li>2. Atur posisi nyaman untuk makan atau minum</li> <li>3. Sediakan makanan dan minuman yang disukai</li> <li>4. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan</li> </ol> <p><b>Dukungan perawatan diri: mandi (I.11352)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)</li> <li>2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>3. Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, sampo, pelembap kulit)</li> <li>4. Fasilitasi mandi <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</li> <li>6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</li> <li>7. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien</li> </ol>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pada tahapan pelaksanaan ini perawat menerapkan ilmu yang dimiliki terhadap situasi nyata yang dialami klien. Dalam metode berfikir ilmiah, pelaksanaan tindakan keperawatan adalah ketrampilan dalam menguji hipotesa. Oleh karena itu pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan suatu tindakan nyata yang dapat menentukan apakah perawat dapat berhasil mencapai tujuan atau tidak (Suarni & Apriyani, 2017).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan kesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. 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.

Pada tahap ini perawat mengkaji sejauh mana efektivitas tindakan yang telah dilakukan sehingga dapat mencapai tujuan, yaitu terpenuhinya kebutuhan dasar klien. Pada proses evaluasi, standar dan prosedur berfikir kritis sangat memegang peranan penting karena pada fase ini perawat harus dapat mengambil keputusan apakah semua kebutuhan dasar klien terpenuhi, apakah diperlukan tindakan modifikasi untuk memecahkan masalah klien, atau bahkan harus mengulang penilaian terhadap tahap perumusan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya (Suarni dan Apriyani, 2017).