

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadinya gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2018).

Ada dua klasifikasi umum cedera serebrovaskuler, yaitu stroke iskemik (Non Hemoragik) dan stroke hemoragik. Stroke iskemik terjadi akibat penyumbatan aliran darah arteri yang lama ke bagian otak, stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah otak pecah/bocor (Corwin, 2019).

2. Etiologi

Penyebab stroke menurut Haryono dan Utami (2008), dibagi menjadi 3, yaitu:

- a. Trombotik terjadi ketika gumpalan darah (trombus) terbentuk di salah satu arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan tersebut disebabkan oleh deposit lemak (plak) yang menumpuk di arteri dan menyebabkan aliran darah berkurang (aterosklerosis) atau kondisi arteri lainnya.
- b. Embolik terjadi ketika gumpalan darah atau debris lainnya menyebar dari otak dan tersapu melalui aliran darah. Jenis gumpalan darah ini disebut thrombus. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta (Corwin, 2019).
- c. Bocor atau pecahnya pembuluh darah di otak. Pendarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi yang mempengaruhi pembuluh darah,

antara lain: tekanan darah tinggi, overtreatment dengan anti koagulan (pengencer darah), melemahnya dinding pembuluh darah (aneurisma)

Menurut Batticaca (2008), faktor-faktor risiko stroke antara lain :

- a. Hipertensi atau tekanan darah tinggi
- b. Hipotensi atau tekanan darah rendah
- c. Obesitas atau kegemukan
- d. Kolestrol darah tinggi
- e. Riwayat penyakit jantung
- f. Riwayat penyakit diabetes melitus
- g. Merokok
- h. Stres

3. Patofisiologi

Patofisiologi utama stroke adalah penyakit jantung atau pembuluh darah yang mendasarinya. Patologi utama termasuk hipertensi, aterosklerosis yang mengarah ke penyakit arteri koroner, dislipideia, penyakit jantung dan hiperlipemia.

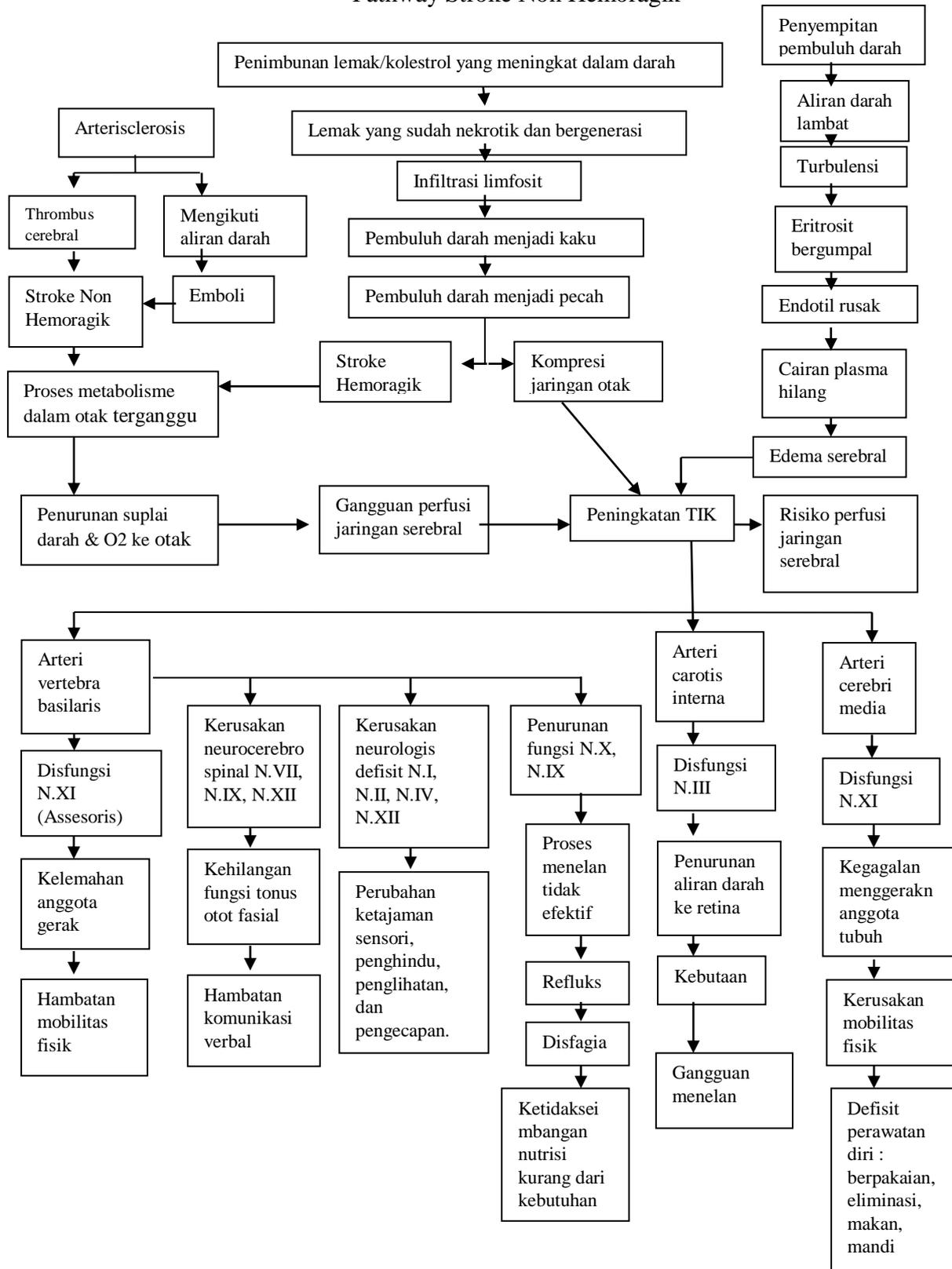
Stroke iskemik disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak.

Kekurangan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbatnya aliran darah adalah suatu proses biomedikal 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.

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 Hemoragik



Sumber : (Haryono & Utami, 2019)

4. Manifestasi klinis

Dikutip dari buku Rendy dan Margareth (2019), manifestasi stroke non hemoragik antara lain:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis yang timbul mendadak)
- b. Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorek)
- c. Perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
- d. Afasia (tidak lancar atau tidak dapat bicara)
- e. Disartria (bicara pelo atau cedal)
- f. Gangguan penglihatan (hemianopia/monokuler/diplopia).
- g. Ataksia (tungkai atau anggota badan tidak tepat pada sasaran)
- h. Vertigo (mual dan muntah atau nyeri kepala)

5. Pemeriksaan diagnostic

Dikutip dari buku Wijaya dan Putri (2013), pemeriksaan diagnostic stroke non hemoragik antara lain:

- a. Angiografi serebral
Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture.
- b. Lektro encefalography
Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- c. CT-scan
Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.
- d. Sinar X tengkorak
Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Kalsifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub aracnoid.

e. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arterosklerosis).

f. MRI

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada trombosis, emboli dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi sub aracnoid/perdarahan intracranial.

g. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas (Doengoes, 2000).

h. Pemeriksaan laboratorium

1) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada trobosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi

2) Pemeriksaan darah rutin.

3) Pemeriksaan kimia darah; pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali (Doengoes, 2000).

6. Komplikasi

Dikutip dari buku Wijaya dan Putri (2013), komplikasi stroke non hemoragik antara lain:

a. Berhubungan dengan immobilisasi

1) Infeksi pernafasan

2) Nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan

3) Konstipasi

4) Tromboflebitis

- b. Berhubungan dengan mobilisasi
 - 1) Nyeri pada daerah punggung
 - 2) Dislokasi sendi
- c. Berhubungan dengan kerusakan otak
 - 1) Epilepsy
 - 2) Sakit kepala
 - 3) Kraniotomi

7. Penatalaksanaan

Dikutip dari buku Rendy dan Margareth (2019) penatalaksanaan stroke non hemoragik antara lain:

a. Demam

Demam dapat mengeksaserbasi cedera otak iskemik dan harus diobati secara agresif dengan antipiretik (asetaminofen) atau kompres dingin, jika diperlukan.

b. Nutrisi

Pasien stroke memiliki risiko tinggi untuk aspirasi. Tes kemampuan menelan, bila tes menelan negative dan pasien dengan kesadaran menurun, berikan makanan enteral melalui pipa nasoduodenal ukuran kecil dalam 24 jam pertama setelah onset stroke.

c. Hidrasi intravena

Hipovolemia sering ditemukan dan harus dikoreksi dengan kristaloid isotonis. Cairan hipotonis (mis, dekstro 5% dalam air, larutan NaCl 0,45% dapat memperhebat edema serebri dan harus dihindari.

d. Glukosa

Hiperglikemia dan hipoglikemia dapat menimbulkan eksaserbasi iskemia. Walaupun relevansi klinis dari efek ini pada manusia belum jelas, tetapi para ahli sepakat bahwa hiperglikemia (kadar glukosa darah sewaktu $>200\text{mg/dl}$) harus dicegah. Skala luncur (*sliding scale*) setiap 6 jam selama 3-5 hari sejak onset stroke.

- e. Perawatan paru
Fisioterapi dada setiap 4 jam harus dilakukan untuk mencegah atelaksis paru pada pasien yang tidak bergerak.
- f. Aktivitas
Pasien dengan stroke harus dimobilisasi dan harus dilakukakan fisioterapi sedini mungkin bila kondisi klinis neurologist dan hemodinamik stabil. Untuk fisioterapi pasif pada pasien yang belum bergerak, perubahan posisi badan dan ekstremitas setiap 2jam untuk mencegah dekubitus, latihan gerakan sendi anggota badan secara pasif 4 kali sehari untuk mencegah kontraktur. Untuk mobilisasi aktid keposisi tegak, duduk dan pindah kekursi sesuai toleransi hemodinamik dan neurologis.
- g. Neurorestori dini
Stimulasi sensorik, kognitif, memori, bahasa, emosi serta otak yang terganggu. Depresi dan amnesia juga harus dikenali dan diobati sedini mungkin.
- h. Provilaksis thrombosis vena dalam
Pada pasien stroke iskemik dengan imobilisasi lama yang tidak dalam pengobatan heparin intravena harus diobti dengan heparin 5.000 unit atau fraksiparin 0,3 cc setiap 12 jam selama 5-10 hari untuk mencegah pembentukan thrombus dalam vena profunda, karena insidennya sangat tinggi. Terapi ini juga dapat diberikan dengan pasien perdarahan intra serebral setelah 72 jam sejak onset.
- i. Perawatan vesika
Kateter urin menetap (kateter foley), sebaiknya hanya dipakai karena ada pertimbangan khusus (kesadaran menurun, dimensia, afasia global). Pada pasien yang sadar dengan gangguan berkemih, keteterisasi intermiten secara steril setiap 6 jam lebih disukai untuk mencegah kemungkinan infeksi, pembentukan batu, dan gangguan sfingter vesika terutama pada pasien laki-laki yang mengalami retensi urine atau pasien wanita dengan inkontinensial atau retensio urine. Latihan vesika harus dilakukan bila pasien sudah sadar.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Definisi kebutuhan dasar manusia

Dikutip dari buku Kasiati dan Rosmalawati (2006), Manusia memiliki kebutuhan dasar yang bersifat heterogen. Setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena budaya, maka kebutuhan tersebut pun ikut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang ada.

Menurut Abraham Maslow di dalam (Mubarak & Cahyati, 2008) membagi kebutuhan dasar manusia kedalam lima tingkat berikut:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling penting dasar dan menjadi prioritas tertinggi dalam Hierarki Maslow. Contoh kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan akan oksigen, cairan, nutrisi, keseimbangan suhu, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan keselamatan rasa aman nyaman

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis contohnya adalah perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Perlindungan psikologis contohnya adalah bebas dari rasa takut dan kecemasan serta bebas perasaan terancam.

c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki

Kebutuhan ini meliputi kebutuhan untuk memberi dan menerima kasih sayang, mendapat kehangatan, mendapat persahabatan, perasaan dimiliki, dan diterima oleh kelompok sosial.

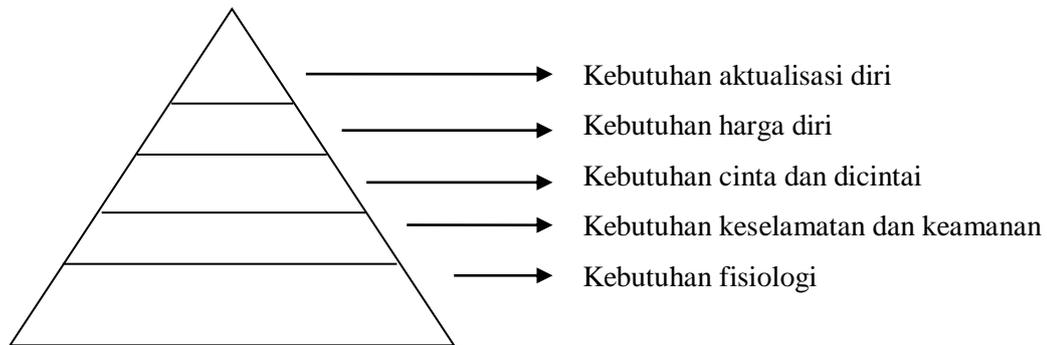
d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan ini berupa kebutuhan untuk memberikan kontribusi pada orang lain atau lingkungan dan mencapai potensi diri sepenuhnya. Kebutuhan ini meliputi mengenal dan memahami diri, belajar

memenuhi kebutuhan sendiri, berdedikasi tinggi, tidak emosional, kreatif, dan percaya diri.



Gambar 2.2 Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow

2. Konsep dasar kebutuhan aktivitas (Gangguan Mobilitas Fisik)

Dikutip dari Mubarak dan Cahyati, (2008) konsep dasar kebutuhan aktivitas (gangguan mobilitas fisik) antara lain:

Kebutuhan aktivitas atau pergerakan, istirahat dan tidur merupakan satu kesatuan yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Tubuh membutuhkan aktivitas untuk kegiatan fisiologis, serta membutuhkan istirahat dan tidur untuk pemulihan.

Salah satu individu yang sehat adalah adanya kemampuan melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan, misalnya berdiri, berjalan, dan bekerja. Aktivitas adalah suatu energy atau keadaan untuk bergerak dalam memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya system persarafan dan muskuloskeletal. (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

a. Definisi Mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan (Wahit, 2007).

b. Jenis mobilisasi

- 1) Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter sensori untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- 2) Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batas jelas dan mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

c. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi

1) Gaya Hidup

Mobilisasi seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan tempat tinggal (masyarakat). Contoh sederhananya adalah seseorang wanita Jawa. Di tempat tinggal mereka, wanita Jawa dituntut untuk berpenampilan lemah dan lembut, selain itu tabu bagi mereka untuk melakukan aktivitas berat.

2) Proses penyakit/cidera

Proses penyakit dapat mempengaruhi mobilitas karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh.

3) Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Secara umum, ketidakmampuan ada dua macam yaitu ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma (mis, paralisis akibat gangguan atau cedera medulla spinalis). Sedangkan ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (mis, kelemahan otot dan tirah baring). Penyakit-penyakit tertentu dan kondisi cedera akan berpengaruh terhadap mobilisasi.

4) Tingkat energi

Energi dibutuhkan untuk banyak hal, salah satunya mobilisasi. Dalam hal ini, cadangan energi yang dimiliki masing-masing individu bervariasi di samping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor guna mempertahankan kesehatan fisik dan fisiologis.

d. Macam-macam mobilisasi

1) Immobilisasi fisik

Immobilisasi fisik merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadi gangguan komplikasi pergerakan, seperti pada pasien hemiplegia di mana seseorang tidak mampu mempertahankan tekanan didaerah paralisis dan sebagai hasilnya tidak mempertahankan dapat mengubah posisi untuk mengurangi tekanan.

2) Immobilisasi intelektual

Immobilisasi intelektual merupakan keadaan di mana seseorang mengalami pembatasan untuk berfikir, seperti pada pasien terjadi kerusakan otak dari suatu proses penyakit, maka seseorang tersebut membatasi proses berfikir.

3) Immobilisasi emosional

Immobilisasi emosional merupakan keadaan di mana seseorang mengalami pembatasan secara emosional yang terjadi sebagai hasil perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri.

4) Immobilisasi sosial

Immobilisasi sosial merupakan keadaan individu yang mengalami terhambatnya untuk melakukan interaksi sosial, karena keadaan penyakitnya sehingga dapat mempengaruhi peran individu dalam kehidupan sosial.

e. Tujuan mobilisasi

Menurut Brunner & Suddar (2002):

- 1) Tujuan mobilisasi, antara lain mempertahankan *body alignment*, meningkatkan rasa nyaman mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap.
- 2) Indikasi dilakukan mobilisasi adalah pasien yang mengalami kelumpuhan baik hemiplegic maupun paraplegi, mengalami pengobatan (immobilisasi mengalami penurunan kesadaran).

C. Proses Keperawatan

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2015), proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya.

Dalam proses keperawatan, ada 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 proses keperawatan tersebut adalah pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Tarwoto & Wartonah (2015), ialah tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penerapan diagnosis keperawatan yang tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan.

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

a. Pengkajian

1) Identitas klien

Umur, jenis kelamin, usia, ras, suku bangsa, dan lain-lain

- 2) Riwayat kesehatan dahulu
 - a) Riwayat hipertensi
 - b) Riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embolisme serebral
 - c) Riwayat tinggi kolesterol
 - d) Obesitas
 - e) Riwayat DM
 - f) Riwayat aterosklerosis
 - g) Merokok
 - h) Riwayat pemakaian kontrasepsi yang disertai hipertensi
 - i) kadar estrogen\Riwayat konsumsi alkohol
- 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, 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 (disloopia)
 - 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

c. Pemeriksaan neurologis

1) Status mental

- a) Tingkat kesadaran
- b) Pemeriksaan kemampuan bicara
- c) Orientasi (tempat, waktu, orang)
- d) Pemeriksaan daya pertimbangan
- e) Penilaian kosa kata
- f) Pemeriksaan respon emosional
- g) Pemeriksaan daya ingat
- h) Pemeriksaan kemampuan berhitung
- i) Pemeriksaan kemampuan mengenal benda

Dikutip dari Buku Haryono dan Utami (2019), Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS) untuk mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara dan tanggap motorik (gerakan). Perhatikan table berikut:

Tabel 2.1
Tingkat Kesadaran dengan Menggunakan GCS

Tindakan	Respon	Skor
Membuka mata	Spontan	4
	Terhadap panggilan	3
	Terhadap nyeri	2
	Tidak ada	1
Respon bicara	Terorganisasi	5
	Bingung	4
	Kata tidak dimengerti	3
	Hanya suara	2
	Tidak ada	1
Respon motorik	Memaatui perintah	6
	Melokalisir nyeri	5
	Menghindar	4
	Fleksi abnormal	3
	Ekstensi	2
	Tidak ada	1

(Haryono dan Utami 2019)

2) Nervus kranialis

Pemeriksaan nervus kranialis menurut Wijaya dan Putri (2013)

a) Saraf olfaktorius (N.I): daya penciuman

Pasien memejamkan mata, disuruh membedakan bau yang dirasakan (kopi, tembakaku, parfum, atau rempah-rempah)

b) Saraf optikus (N.II): tajam penglihatan

Membandingkan tajam penglihatan periksa dengan jalan pasien disuruh melihat benda yang letaknya jauh misal jam di dinding, membaca dibuku atau koran.

c) Saraf okulomotorius (N.III)

Gerakan kelopak mata ke atas, kontriksi pupil, gerakan otot mata.

d) Saraf trochlearis (N.VI)

Gerakan mata kebawah dan kedalam: gerak mata ke lateral bawah, strambismus konvergen, diplopia.

e) Saraf trigeminus (N.V)

Gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi reflek kornea dan reflek kedip.

f) Saraf abducent (N.VI)

Pergerakan bola mata kelateral

g) Saraf fasialis (N.VII)

Gerakan oto wajah, sensasi rasa 2/3 anterior lidah.

h) Saraf vestibulocochlearis (N.VIII)

Pendengaran dan keseimbangan.

i) Saraf glossofaringeus (N.XI) dan Vagus (N.X)

Reflek menelan, bicara

j) Saraf aksesoris (N.XI)

Otot sternocleidomastoideus dan otot trapezius

k) Saraf hipoglosus (N.XII)

Gerakan lidah pasien diminta untuk menjulurkn lidah ke kanan dan ke kiri.

- 3) Fungsi motoric
 - a) Masa otot, kekuatan otot dan tonus otot
 - b) Fleksi dan ekstensi tangan
 - c) Abduksi lengan dan adduksi lengan
 - d) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan
 - e) Adduksi dan abduksi jari
 - f) Abduksi dan adduksi pinggul
 - g) Fleksi dan ekstensi lutut
 - h) Dorsofleksi dan fleksi plantar pergelangan kaki
 - i) Dorsofleksi dan fleksi plantar ibu jari kaki

Dikutip dari Buku Haryono dan Utami (2019), pemeriksaan kekuatan otot perhatikan tabel berikut.

Tabel 2.2
Pemeriksaan Sistem Motorik

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

- 4) Fungsi sensori
 - a) Sentuhan ringan
 - b) Sentuhan nyeri
 - c) Sentuhan getaran
 - d) Lokalisasi taktil
- 5) Refleks
 - a) Biceps
 - b) Triceps
 - c) Brachioradialis
 - d) Patella

2. Diagnosis keperawatan

Menurut Carpenito, 2009 dalam (Tarwoto & Wartonah, 2015) diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya.

Menurut Batticaca (2008) diagnosis keperawatan yang muncul pada klien dengan stroke antara lain:

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neurovaskuler
- c. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan sirkulasi serebral
- d. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan paralisis, hemiparesis, quadriplegia.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah menentukan prioritas, menentukan tujuan, melakukan criteria hasil, dan merumuskan intervensi Tarwoto & Wartonah (2015).

Tabel 2.3
Rencana Asuhan Keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Gangguan perfusi jaringan serebral</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gangguan fungsi mental 2) Perubahan perilaku 3) Perubahan respon motorik 4) Perubahan reaksi pupil 5) Kesulitan menelan 6) Kelemahan atau paralisis ekstremitas 7) Abnormalitas berbicara 	<p>Perfusi serebra (L. 02014)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran (5) 2) Tekanan intrakranial (1) 3) Sakit kepala (1) 4) Gelisah (1) 5) Tekanan darah (5) 	<p>Manajemen edema serebral (2540)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, keluhan pusing, pingsan 2) Monitor status neurologis dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal 3) Monitor tanda-tanda vital 4) Monitor status pernafasan : frekuensi, irama, kedalaman pernafasan 5) Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien 6) Rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat 7) Catat perubahan pasien dalam respon terhadap stimulus 8) Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30° atau lebih tinggi 9) Dorong keluarga/ orang yang penting untuk bicara pada pasien 10) Pertahankan suhu tubuh normal

1	2	3	4
2	<p>Gangguan mobilitas fisik Batasan karakteristik:</p> <p>Data mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Kekuatan otot menurun 3. Rentang gerak (ROM) menurun <p>Data minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak 4) Sendi kaku 5) Gerakan terbatas 6) Gerakan tidak terkoordinasi 7) Fisik lemah 	<p>Mobilitas fisik (L. 05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakkan ekstremitas (5) 2. Kekuatan otot (5) 3. Rentang Gerak (5) 4. Kelemahan Fisik (5) 5. Gerakan terbatas (5) 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Monitor frekuensi jantung sebelum beraktivitas <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi pasien melakukan pergerakan 2. Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi terapi obat sesuai kebutuhan <p>Terapi Latihan pergerakan sendi (0224)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instruksikan pasien atau keluarga cara melakukan ROM pasif, ROM dengan bantuan 2. Lakukan latihan ROM pasif atau ROM dengan bantuan 3. Jelaskan kepada pasien dan keluarga manfaat dan tujuan melakukan pergerakan sendi

1	2	3	4
3	<p>Gangguan komunikasi verbal</p> <p>Batasan karakteristik: Data mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai <p>Data minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afasia 2. Disfasia 3. Disatria 4. Pelo 5. Gagap 6. Tidak ada kontak mata 7. Sulit memahami komunikasi 8. Sulit menggunakan ekspresi wajah 9. Sulit menyusun kalimat 10. Verbalisasi tidak tepat 11. Sulit mengungkapkan kata-kata 12. Disorientasi ruang, waktu, tempat 	<p>Komunikasi verbal (L. 131188)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara (5) 2. Disfasia (5) 3. Pelo (5) 	<p>Promosi komunikasi (I.13492)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. 2. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan metode komunikasi alternative 2. Ulangi apa yang disampaikan pasien 3. Berikan dukungan psikologis 4. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misalnya bicara pelan, mendengarkan dengan penuh perhatian) 5. Anjurkan bicara perlahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi obat sesuai kebutuhan <p>Mendengar Aktif (4920)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tunjukkan kesadaran dan rasa sensitive terhadap emosi yang ditunjukkan klien. 2. Dengarkan isi pesan maupun perasaan yang tidak terungkap selama percakapan 3. Gunakan teknik diam/mendengarkan dalam rangka mendorong klien untuk mengekspresikan perasaan

1	2	3	4
4	<p>Defisit perawatan diri</p> <p>Batasan karakteristik: Data Mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan diri 2. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ ke toilet/ makan/ mandi 	<p>Perawatan diri (L. 11103)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian (5) 3. Kemampuan ketoilet (5) 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan diri,mandi/toilet/berpakaian berhias, dan makan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (nyaman, rileks) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis, farfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 4. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukakan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (nyaman, rileks) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis, farfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 4. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

1	2	3	4
			<p>5. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>6. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>7. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>Dukungan perawatan diri: mandi (I.11352)</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Monitor kebersihan tubuh (rambut,kulit)</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Sediakan peralatan mandi(sabun,sikatgigi)</p> <p>2. Berikan bantuan sesuai kebutuhan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu</p> <p>Dukungan perawatan diri: BAB/BAK(I.11349)</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</p>

1	2	3	4
			<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung menggunakan pispot/urinal secara konsisten 2. Jaga privasi selama eliminasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan BAB/BAK secara rutin dan anjurkan ketoilet,jika perlu <p>Dukungan perawatan diri: Berpakaian (I.11350)</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau 2. Sediakan pakian pribadi 3. Fasilitasi mengenakan pakaian 4. Jaga privasi selama berpakaian

4. Implementasi

Menurut Tarwoto & Wartonah (2015), implementasi merupakan tindakan yang sudah di rencanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain.

Bentuk implementasi keperawatan antara lain :

- a. Bentuk perawatan seperti melakukan pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada
- b. Pengajaran/pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan
- c. Konseling pasien untuk memutuskan kesehatan pasien
- d. Konsultasi atau berdiskusi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya sebagai bentuk perawatan holistik
- e. Bentuk penatalaksanaan secara spesifik atau tindakan untuk memecahkan masalah kesehatan
- f. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri

5. Evaluasi

Menurut Tarwoto & Wartonah (2015) Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau criteria hasil yang telah ditetapkan.