

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Kebutuhan Dasar

##### 1. Definisi kebutuhan dasar

Menurut Mubarak (2013) kebutuhan dasar manusia merupakan sesuatu yang harus dipenuhi untuk meningkatkan derajat kesehatan. Menurut Abraham Maslow manusia mempunyai lima dasar kebutuhan yang dikenal dengan “*Hirarki Maslow*”. Kebutuhan dasar Maslow disusun berdasarkan kebutuhan yang paling penting yang harus dipenuhi sebelum yang lainnya dipenuhi adapun kebutuhan yang dimaksud meliputi:



*Sumber* : Musrifatul (2014).

Gambar 2. 1

Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow

##### a. Kebutuhan fisiologis

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

##### b. Kebutuhan rasa aman nyaman dan perlindungan

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis 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, rasa saling memiliki menciptakan rasa kebersamaan, mendapat kehangatan, mendapat persahabatan, perasaan dimiliki, dan diterima oleh kelompok sosial.

d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan ini meliputi perasaan yang membuat rasa puas akan dirinya, bangga dan merasa dihargai karena kemampuan dan perbuatannya, harga diri membantu orang mampu mengembangkan keterampilan yang dapat dipelajari dan dilatih oleh siapapun.

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. Berdasarkan teori Maslow, kasus stroke non hemoagik pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar aktivitas yang disebabkan oleh kekakuan sendi, nyeri dan penurunan kekuatan otot.

1. Patofisiologi gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas, dan disebabkan oleh faktor pencetus seperti, Hipertensi, DM, Penyakit Jantung, Merokok, Stress, Gaya Hidup Dan Obesitas, dimana penyebab ini menyebabkan terjadinya penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah, sehingga terjadinya penyempitan di pembuluh darah (oklusi vaskuler), dan menyebabkan peningkatan TIK pada penderita SNH, sehingga peningkatan TIK tersebut menyebabkan kelemahan fungsi otot yang dapat mengganggu pergerakan dan menimbulkan Gangguan Mobilitas Fisik.

## **B. Konsep Dasar *Stroke non hemoragic***

### 1. Definisi

Stroke adalah gangguan pada fungsi sistem saraf dikarenakan adanya gangguan pada peredaran darah di dalam otak akibat pecahnya pembuluh darah atau karena tersumbatnya pembuluh darah dalam otak. Otak seharusnya mendapatkan pasokan berupa oksigen dan nutrisi akan mengalami gangguan dikarenakan kurangnya pasokan oksigen ke otak sehingga terjadi kematian pada sel saraf otak (Maria, 2021). 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 tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler *World Health Organization* (WHO, 2018).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa *Stroke non hemoragic* adalah gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh berkurangnya atau berhentinya suplai oksigen ke otak baik karena embolus maupun trombus sehingga mengakibatkan kematian jaringan otak yang bisamegakibatkan kematian bagi penderitanya.

### 2. Klasifikasi

Menurut Maria (2021) klasifikasi stroke yaitu:

#### a. *Stroke non hemoragic* (infark atau kematian jaringan)

*Stroke non hemoragic* terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (iskemik). Biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur, atau dipagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia selanjutnya dapat timbul edema sekunder.

#### b. Stroke Hemoragik (Perdarahan)

Stroke Hemoragik adalah disfungsi neurologis fokal yang akut yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun. Serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis (mental).

### 3. Etiologi

Menurut Saryono (2018) etiologi *stroke non hemoragic* antara lain:

#### a. Timbulnya trombosis

Trombosis merupakan pembentukan plak pada pembuluh darah yang disebabkan karena tingginya kadar lemak dalam darah.

#### b. Timbulnya emboli

Emboli merupakan plak yang lepas dari perlekatan dinding pembuluh darah mengalir mengikuti aliran darah. Emboli ini biasanya menyebabkan sumbatan di pembuluh darah yang menyebabkan hambatan aliran darah.

#### c. Akibat adanya kerusakan arteri yaitu: usia, hipertensi, DM

Pembuluh darah mengalami degeneratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

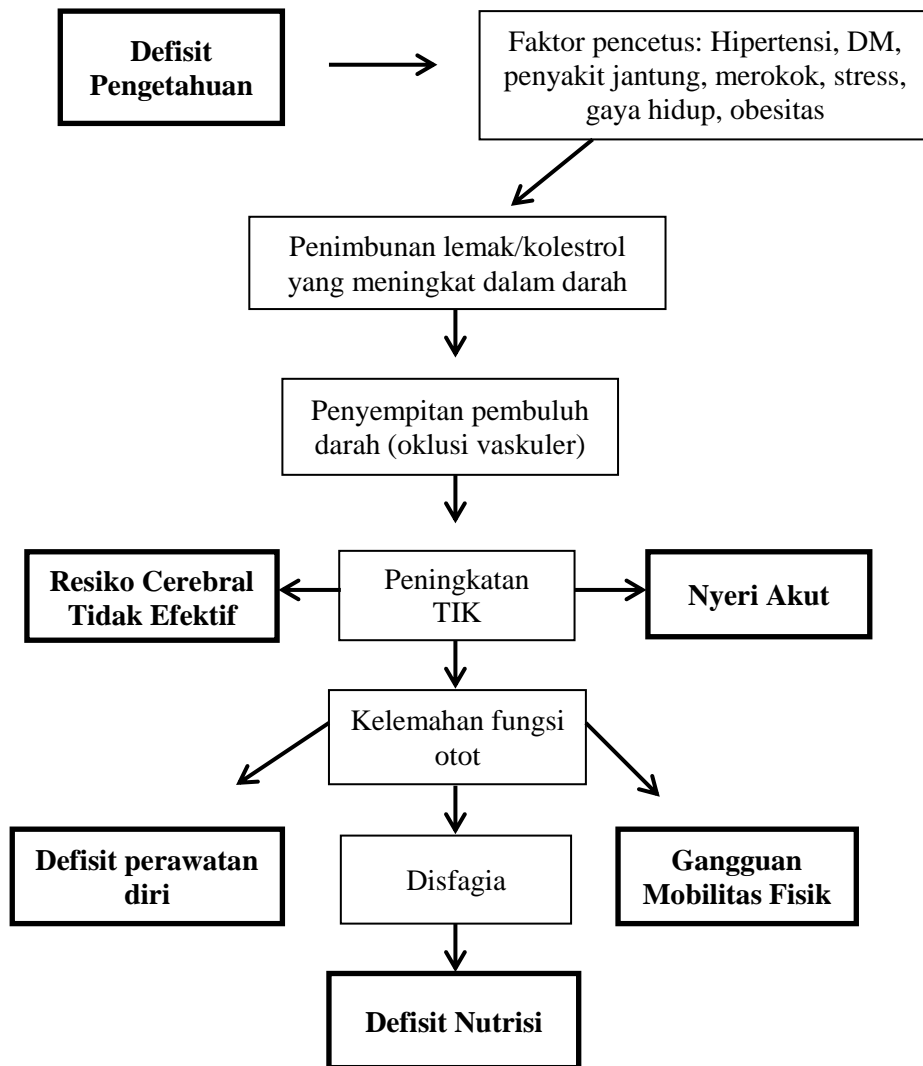
### 4. Patofisiologi

Menurut Saryono (2018) patofisiologi *Stroke non hemoragic* adalah sebagai berikut: Stroke iskemik atau stroke penyumbatan disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 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 bisa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak.

Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki alirandarah kurang dari 10 cc/100 g jaringan otak tiap menit.

## 5. Pathway

Untuk memudahkan pemahaman, penulis membuat skema tentang berdasarkan pustaka diatas, sebagai berikut :



**Gambar 2.2**

*Sumber:* Amin huda nurarif, 2015

Pathway Stroke Non Hemoragik

## 6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien *Stroke non hemoragic* menurut Saryono (2018), yaitu sebagai berikut:

### a. *Computer Tomografi Scan* (CT Scan)

CT Scan dapat menunjukkan perdarahan, tumor, stroke dan kondisilainnya. Pada *stroke non hemoragic* terlihat adanya infark.

### b. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

MRI dapat mendeteksi jaringan otak yang rusak oleh stroke iskemik dan perdarahan otak.

### c. *Ultrasonografi Doppler* (USG Dopler)

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

## 7. Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi dan sebagian besar komplikasi tersebut berakibat fatal. Beberapa komplikasi yang mungkin muncul, antara lain (Maria, 2021): *Deep vein thrombosis*, hidrosefalus, kesulitan menelan (*disfagia*), Pneumonia

## 8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *stroke non hemoragic* menurut Saryono (2018) adalah sebagai berikut:

### a. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Bedrest total dengan posisi kepala head up 15-30°.
- 2) Berikan terapi oksigen 2-3 L/menit dengan nassal kanul.
- 3) Pasang infus IV sesuai kebutuhan.
- 4) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul.
- 5) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi.
- 6) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Pemberian alteplase dengan dosis 0.6-0.9 gr/BB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena.
- 2) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular.
- 3) Pemberian obat-obatan seperti nicardipin, *ACE inhibitor*, *Beta blocker*, *Diuretik*, *calcium antagonist* sebagai manajemen hipertensi.

**C. Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan pada pasien *Stroke non hemoragic*, yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan adalah sebagai berikut (Perry, 2016).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. (Potter Perry, 2016). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Kesadaran

Pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen).

2) Tanda-tanda Vital

Meliputi tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu.

3) Status gizi

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan mual muntah.

4) Pemeriksaan *Head to toe*

a) Rambut

b) Wajah Inspeksi wajah simetris atau asimetris.

c) Mata Inspeksi konjungtiva, sklera, pupil, kaji pergerakan bola mata, lihat ada massa/lesi tidak.

## d) Hidung

Inspeksi hidung simetris/asimetris, kaji penggunaan alat bantu napas, kaji adanya nafas tambahan, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, kaji adanya lesi atau massa.

## e) Dada/Thorax

## (1) Paru-paru

Inspeksi : bentuk dada simetris atau asimetris, irama pernapasan, nyeri dada, kaji kedalaman dan juga suara nafas atau adanya kelainan suara nafas, tambahan atau adanya penggunaan otot bantu pernapasan.

Palpasi : periksa adanya nyeri tekan atau adanya massa.

Perkusi : rasakan suara paru sonor atau hipersonor.

Auskultasi : dengarkan suara paru vesikuler atau bronkovesikuler.

## (2) Jantung

Inspeksi : iktus kordis tampak atau tak tampak.

Palpasi : iktus kordisteraba atau tak teraba.

Perkusi : batas jantung normal.

Auskultasi : suara vesikuler atau murmur.

## (3) Abdomen

Inspeksi : amati bentuk abdomen simetris atau asimetris

Auskultasi : dengarkan bising usus di keempat kuadran abdomen.

Palpasi : periksa adanya massa atau adanya nyeri tekan.

Perkusi : dengarkan timpani atau hipertimpani.



## 2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada kasus *stroke non hemoragic* menurut Ngebu (2019) dan Tim Pokja PPNI (2017) yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) (D.0077). Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019). Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054). Gangguan mobilitas fisik adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas.
- d. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat (D.0085). Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi) adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.
- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119). Gangguan komunikasi verbal merupakan penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan sistem simbol.

## 3. Intervensi Keperawatan

Berikut ini adalah intervensi keperawatan yang dapat dirumuskan menurut (PPNI, 2018) dan kriteria hasil menurut (PPNI, 2019) untuk memberikan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan *stroke non hemoragic*.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) (D.0077).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan

dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.

Kriteria Hasil : tingkat nyeri menurun (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri menurun.
- 2) Skala nyeri 2.
- 3) Gelisah menurun.
- 4) Kesulitan tidur menurun.
- 5) Tanda-tanda vital membaik.

Intervensi : manajemen nyeri (I.08238)

Observasi (O)

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.  
Rasional : untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri pasien.
- b) Identifikasi skala nyeri.  
Rasional : untuk mengetahui skala nyeri pasien.
- c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.  
Rasional : untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- d) Monitor efek samping penggunaan analgetik.  
Rasional : untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik (T)

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Teknik napas dalam, terapi musik, terapi relaksasi otot progresif).  
Rasional : untuk mengurangi rasa nyeri.

Edukasi (E)

- a) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.  
Rasional : untuk mengurangi rasa nyeri.

#### Kolaborasi (K)

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*.

Rasional : untuk mengurangi rasa nyeri.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019).

Defisit nutrisi adalah nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

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

Kriteria Hasil : status nutrisi membaik (L.03030)

- 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat.
- 2) Kekuatan otot mengunyah dan menelan meningkat.
- 3) Berat badan membaik.
- 4) Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik.
- 5) Frekuensi makan membaik.

Intervensi : manajemen nutrisi (I.03119)

#### Observasi (O)

- a) Identifikasi status nutrisi.

Rasional : mengetahui status nutrisi pasien.

- b) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik.

Rasional : untuk mempermudah pemberian makanan.

- c) Monitor berat badan.

Rasional : memantau berat badan pasien (Rahma, 2019).

#### Terapeutik (T)

- a) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan).

Rasional : untuk menentukan diet yang cocok untuk pasien.

- b) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.

Rasional : untuk mencegah konstipasi (Rahma, 2019).

#### Edukasi (E)

- a) Ajarkan diet yang diprogramkan.

Rasional : agar nutrisi pasien terpenuhi.

#### Kolaborasi (K)

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

Rasional : untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan (Rahma, 2019).

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054). Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secaramandiri.

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

Kriteria Hasil : mobilitas fisik meningkat (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat.
- 2) Kekuatan otot meningkat.
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat.
- 4) Kaku sendi menurun.
- 5) Gerakan tidak terkoordinasi menurun.
- 6) Kelemahan fisik membaik.

Intervensi : dukungan ambulasi (I.06171)

#### Observasi (O)

- a) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.

Rasional : membantu mengetahui kondisi mobilisasi pasien.

#### Terapeutik (T)

- a) Latih pasien teknik nonfarmakologis (mis. ROM secara mandiri sesuai kemampuan, genggam bola karet).

Rasional : untuk meningkatkan kekuatan otot dan sendi.

- b) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat,dan kruk).

Rasional : meningkatkan kekuatan otot yang diperlukan untuk mobilisasi.

c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Rasional : membantu pasien meningkatkan ambulasi.

Edukasi (E)

a) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi).

Rasional : meningkatkan kekuatan otot dan ketahanan otot.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respon, yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Zaidin, 2014).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Asmadi, 2018).

a. *Subyektif (S)* : data berdasarkan keluhan yang disampaikan pasien setelah dilakukan tindakan.

b. *Obyektif (O)* : data berdasarkan hasil pengukuran (observasi langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah melakukan tindakan).

c. *Analisis (A)* : masalah keperawatan yang terjadi jika terjadi perubahan status klien dalam satu subyektif dan obyektif.

d. *Planning (P)* : perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan atau dihentikan.