

BAB II

TINJAU PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian

Stroke non hemoragik (SNH) didefinisikan sebagai infark otak, sumsum tulang belakang atau retina dan mewakili 71% dari semua stroke secara global. Stroke hemoragik adalah perdarahan pada otak akibat pecahnya pembuluh darah. Gejala umum yang terjadi pada stroke adalah kelemahan pada wajah, tangan atau kaki yang terjadi secara tiba-tiba.

Stroke non hemoragik merupakan tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Stroke non hemoragik dapat disebabkan oleh trombosis dan emboli, sekitar 80-85% menderita penyakit stroke non hemoragik dan 20% persennya adalah stroke hemoragik yang dapat disebabkan oleh pendarahan intraserebrum hipertensi dan perdarahan subarahnoid (Jeri, 2022).

2. Etiologi

Faktor risiko stroke non hemoragik terbagi menjadi dua yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dengan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Adapun faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu :

- a. Faktor Keturunan
- b. Ras
- c. Usia,
- d. Jenis Kelamin.

Adapun faktor risiko yang bisa dimodifikasi yaitu :

- a. Hipertensi,

Penyakit hipertensi adalah faktor risiko utama yang mengakibatkan terjadinya stroke, atau yang sering disebut

sebagai the silent killer karena hipertensi dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke sebanyak 6 kali. Dikatakan hipertensi jika memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Semakin tinggi tekanan darah pasien maka semakin tinggi pula risiko untuk mengalami stroke. Kejadian hipertensi ini dapat merusak dinding pembuluh darah yang bisa dengan mudah akan menyebabkan penyumbatan bahkan pecahnya pembuluh darah di otak (Astannudinsyah et al., 2020).

b. Diabetes Melitus

Diabetes melitus dapat menjadi salah satu faktor risiko penyakit stroke karena semakin tinggi kadar gula darah seseorang, semakin mudah pula terserang penyakit stroke (Andrytha, 2020)

Seseorang yang menderita diabetes melitus karena hormon insulin yang dihasilkan kelenjar pankreas mengalami gangguan. Kinerja insulin yang tidak baik membuat gula darah dalam tubuh seseorang akan semakin tinggi. Tingginya gula darah, apabila dibiarkan secara terus menerus dapat membuat lemak di pembuluh darah semakin lama semakin banyak, akibatnya pembuluh darah tersumbat karena darah menggumpal menimbulkan plak. Penyumbatan pembuluh darah yang terjadi pada otak menyumbat aliran darah serta suplai oksigen menuju otak, akibatnya terjadi penyumbatan sehingga meningkatkan risiko penyakit stroke (Mongkau et al., 2022).

c. Hiperkolesterolemia

Kadar kolesterol total yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya aterosklerosis atau penumpukan plak di dinding pembuluh darah, yang dimana aterosklerosis adalah patologi dasar dalam terjadinya stroke iskemik atau stroke non hemorragik (Astannudinsyah et al., 2020).

d. Stres

e. Merokok

f. Obesitas,

g. Gaya hidup yang kurang sehat

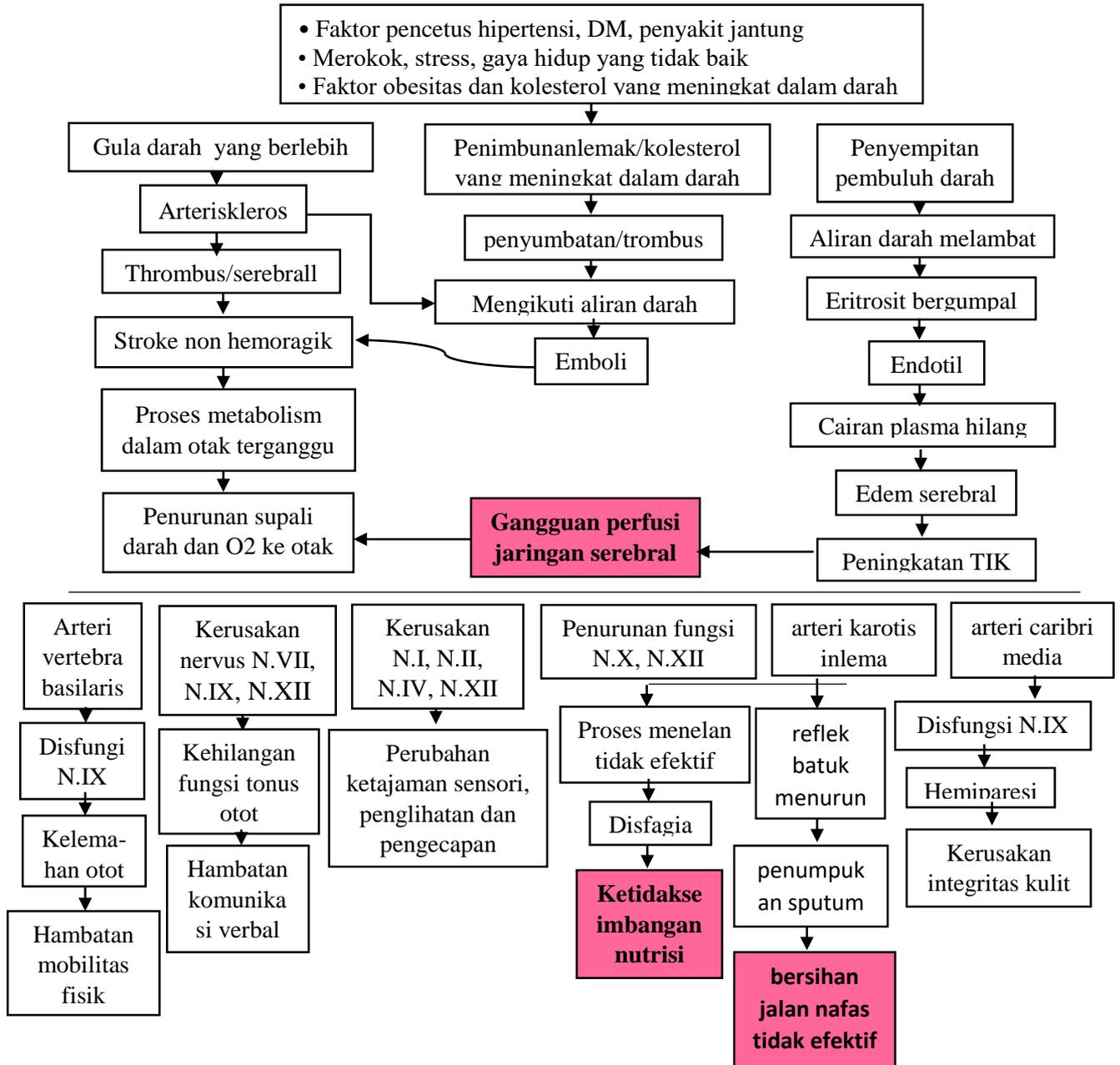
3. Patofisiologi

Otak bergantung pada oksigen dan tidak memiliki cadangan oksigen. Apabila terjadi anoksia seperti yang terjadi pada CVA, yaitu mengalami perubahan metabolisme di otak, maka dalam waktu 3-10 menit dapat mengakibatkan kematian sel serta kerusakan permanen. Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi otak dapat menimbulkan hipoksia atau anoksia. Hipoksia dapat mengakibatkan iskemik otak. Iskemik otak dalam waktu lama dapat mengakibatkan sel mati permanen dan berakibat terjadi infark otak disertai edema otak karena pada daerah yang dialiri darah terjadi penurunan perfusi dan oksigen, serta meningkatkan karbondioksida dan asam laktat (Ridho, 2022).

Stroke non hemoragik dapat disebabkan oleh trombus dan emboli. Stroke non hemoragik akibat trombus terjadi karena penurunan aliran darah pada tempat tertentu di otak melalui proses stenosis. Mekanisme patofisiologi dari stroke bersifat kompleks dan mengakibatkan kematian neuronal bersamaan dengan hilangnya fungsi normal dari neuron yang terkena. Stroke non hemoragik yang disebabkan oleh trombus atau yang disebut stroke trombotik yaitu stroke yang disebabkan karena terdapat penyumbatan lumen pembuluh darah otak yang disebabkan trombus yang makin lama makin menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini menyebabkan iskemia. Trombosis serebri adalah obstruksi aliran darah yang terjadi pada proses oklusi satu atau lebih pembuluh darah lokal. Sedangkan stroke non hemoragik yang disebabkan oleh emboli disebut dengan Infark iskemik yang diakibatkan oleh emboli yang timbul dari lesi ateromatous yang terletak pada pembuluh yang lebih distal. Gumpalan-gumpalan kecil bisa terlepas dari trombus yang lebih besar dan dibawa ke tempat-tempat lain dalam aliran darah. Bila embolus mencapai arteri yang terlalu sempit untuk dilewati maka terjadi penyumbatan, aliran darah fragmen distal akan terhenti, mengakibatkan

infark jaringan otak distal karena kurangnya nutrisi dan oksigen (Wijaya, 2020).

Gambar 2.1
Pathway Stroke Non Hemoragik



Sumber : (Ridho, 2022)

4. Manifestasi Klinik

Menurut (Aditya Eka P, 2019) manifestasi klinis stroke non hemoragik sebagai berikut :

- a. Kelemahan atau kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi
- b. Bicara pelo merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas dan sulit dimengerti. Namun pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan ataupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga otot bibir, lidah dan laring mengalami kelemahan
- c. Nyeri kepala hebat, vertigo, mual, dan muntah, terjadi karena adanya peningkatan tekanan di intrakranial, edema serebri.
- d. Penurunan kesadaran (apatis, delirium, somnolen, sopor, coma) terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic yang dilakukan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut (Sulistiyawati, 2020) :

- a. Angiografi Serebral
Tes diagnostic yang dapat membantu menemukan penyumbatan atau kelainan lain pada pembuluh darah.
- b. Elektro Encefalography
Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- c. Sinar X Tengkorak
Menggambarkan adanya perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat

- pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.
- d. Ultrasonography Doppler
Pemeriksaan ini menggunakan suara untuk memvisualisasi aliran darah dalam pembuluh darah guna untuk mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.
 - e. CT-Scan
Pemeriksaan ini untuk memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
 - f. Magnetic Resonance Imagine (MRI)
Pemeriksaan ini menggunakan teknologi magnet serta gelombang radio untuk menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.
 - g. Pemeriksaan Foto Thorax
Pemeriksaan ini dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, dan juga dapat menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.
 - h. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan terdapat perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.
 - 2) Pemeriksaan darah rutin.
 - 3) Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut bisa terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

6. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral atau kekurangan oksigen di otak, penurunan aliran darah serebral serta luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga otak mengalami kekurangan oksigen yang akan menimbulkan kematian jaringan otak (Sulistiyawati, 2020).

Selain kematian jaringan otak komplikasi stroke dapat menyerang fisik dan emosional pasien diantaranya :

a. Bekuan Darah (Trombosis)

Ini mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh sehingga dapat menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru sehingga dapat menyebabkan gejala batuk, sesak nafas, hingga nyeri dada.

b. Dekubitus

Pasien yang selalu berbaring di tempat tidur tanpa berubah-ubah posisi akan mengalami dekubitus. Area tubuh yang sering terjadi memar yaitu pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Apabila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.

c. Pneumonia

Pasien yang mengalami stroke tidak dapat batuk dan menelan dengan sempurna, oleh sebab itu dapat menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru sehingga dapat menimbulkan pneumoni.

d. Atrofi dan Kekakuan Sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena pasien kurang gerak dan immobilisasi.

e. Depresi dan Kecemasan

Gangguan perasaan tidak jarang terjadi pada stroke dan dapat menyebabkan reaksi emosional serta fisik yang tidak diinginkan karena adanya perubahan dan kehilangan fungsi tubuh (Sulistiyawati, 2020).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar menurut Abraham Maslow atau yang disebut Hirarki Kebutuhan dasar Maslow yang meliputi 5 kategori kebutuhan dasar yaitu :

1. Kebutuhan Fisiologis (Physiologic Needs)

kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam Hirarki Maslow. kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak di penuhi manusia untuk bertahan hidup. kebutuhan fisiologis meliputi oksigen dan pertukaran gas, cairan dan elektrolit makanan, eliminasi urine dan alvi, istirahat dan tiddur, aktivitas kesehatan temperature tubuh dan seksual. kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, namun penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia.

Kebutuhan oksigenasi adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang paling mendasar yang dibutuhkan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan hidup dan aktifitas berbagai organ sel tubuh. Pasien dengan stroke non hemaragik yang mengalami penurunan kesadaran sering mengalami masalah pada saluran pernafasan yaitu produksi sekret yang berlebih dimana dapat menghambat aliran udara dari hidung masuk ke paru- paru. Sekret merupakan bahan yang dikeluarkan paru, bronchus, dan trachea melalui mulut. Keadaan abnormal penumpukan sekret pada pasien koma disebabkan tidak mempunyai reflek batuk yang efektif untuk mengeluarkan secret, sehingga salah satu pertolongan pasien koma harus dilakukan suction untuk mengeluarkan sekret supaya tidak terjadi penumpukan sekret yang menyebabkan bersihan jalan napas tidak efektif (Dewi Puspita Sari, 2020).

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

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin dan panas, kecelakaan dan infeksi, bebas dari rasa takut dan kecemasan dan bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

3. Kebutuhan Rasa Cinta, memiliki dan dimiliki (Love and Belonging Needs)

Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang perasaan dimiliki dan memiliki hubungan berarti dengan orang lain, kehangatan persahabatan dan mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.

4. Kebutuhan Harga Diri

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

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri (Needs For Self Actualization)

Kebutuhan ini meliputi kebutuhan diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi.

Dari kelima kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, berdasarkan kasus stroke non hemoragik bahwa kebutuhan fisiologis yaitu kebutuhan yang paling dasar yang berhubungan pada kebutuhan fisik merupakan salah satu faktor meliputi oksigen dan pertukaran gas, cairan dan elektrolit makanan, eliminasi urine dan alvi, istirahat dan tidur, oksigen dan pertukaran gas sebagai kebutuhan dasar pada kasus stroke non hemoragik.

Pada kasus stroke non hemoragik kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan fisiologis: kebutuhan oksigen, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan nutrisi, kebutuhan tidur, kebutuhan aman nyaman. kebutuhan fisiologis memiliki prioritas paling tinggi dalam hirarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dahulu memenuhi kebutuhan fisiologinya dibandingkan kebutuhan lainnya. kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup.

C. Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode pemberian asuhan keperawatan yang sistematis serta rasional. Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik dari individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Ridho, 2022).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan teratur mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Sulistiyawati, 2020). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, waktu pengkajian, nomor register hingga diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Secara umum alasan klien memerlukan pertolongan kesehatan adalah karena mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi bahkan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Terdapat riwayat hipertensi, riwayat stroke, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Kaji pula pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Apakah ada riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral.

d. Riwayat kesehatan sekarang

Dapat mengalami kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kehilangan motorik, merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena

kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot).

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada penyakit degenartif dalam keluarga, biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

2. Pemeriksaan dasar

a. Aktifitas dan istirahat

- 1) Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis
- 2) Merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri kejang otot)
- 3) Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum
- 4) Gangguan penglihatan
- 5) Gangguan tingkat kesadaran

b. Sirkulasi

- 1) Adanya penyakit jantung
- 2) Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme/malinformasi vaskuler
- 3) Frekuensi nadi dapat bervariasi karena ketidakefektifan fungsi/keadaan jantung

c. Integritas ego

- 1) Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
- 2) Emosi labil, ketidaksiapan untuk makan sendiri dan gembira
- 3) Kesulitan untuk mengekspresikan diri

d. Eliminasi

- 1) Perubahan pola berkemih seperti : inkontinensia urin, anuria
- 2) Distensi abdomen, bising usus (-)

e. Makan dan cairan

- 1) Nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut/peningkatan TIK
 - 2) Kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah, pipi, dan tengkorak)
 - 3) Disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah)
 - 4) Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal)
 - 5) Obesitas
- f. Neurosensori
- 1) Adanya pusing/sakit kepala berat
 - 2) Kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi terkena seperti mati /lumpuh
 - 3) Penglihatan menurun : buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutuhan monokuler), penglihatan ganda (dislopi)
 - 4) Senutuhan : hilangnya rangsangan sensoris kontra lateral (ada sisi tubuh yang berlawanan/pada ekstremitas) pada wajah
 - 5) Gangguan rasa mengecap dan penciuman
 - 6) Status mental / tingkat kesadaran : koma pada tahap awal, tetap sadar jika trombosis alami
 - 7) Gangguan fungsi kognitif : penurunan memori
 - 8) Ekstremitas : kelemahan / paralisis (kontralateral), tidak dapat menggenggam, refleks tendon melemah secara kontralateral
 - 9) Afasia : gangguan fungsi bahasa, afasia motorik (kesulitan mengucapkan kata) atau afasia sensorik (kesulitan memahami kata-kata bermakna)
 - 10) Kehilangan kemampuan mengenali/menghayati masuknya sensasi visual, pendengaran, kewaspadaan kelainan terhadap bagian yang terkena, gangguan persepsi, kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat klien ingin menggunakannya.
- g. Pernafasan
- 1) Merokok
 - 2) Ketidakmampuan menelan atau hambatan jalan nafas
 - 3) Sulit bernafas, tidak teratur, suara nafas terdengar / ronchi (aspirasi sekresi)

- h. Nyeri
 - 1) Sakit kepala dengan intensitas berbeda (karena arteri karotis terkena)
 - 2) Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketergantungan pada otot
- i. Keamanan
 - 1) Motorik/sensorik : masalah penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tentang tubuh, hilangnya kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit
 - 2) Tidak mampu mengenali objek, warna dan wajah yang pernah dikenali
 - 3) Gangguan berespon terhadap panas dan dingin, gangguan regulasi tubuh
 - 4) Tidak mandiri, gangguan dalam memutuskan, perhatian terhadap keamanan sedikit
 - 5) Tidak sadar/kurang kesadaran diri
- j. Pemeriksaan neurologis
 - 1) Tingkat kesadaran

Tabel 2.1

Tingkat Kesadaran

No	Tingkat kesadaran	Nilai GCS	Keterangan
1	2	3	4
1.	Composmentis	14-15	Sadar penuh
2.	Apatis	12-13	Saat diberi stimulus baru respon
3.	Delirium	10-11	Mengigau saat diberi rangsangan
4.	Somnolen	7-9	Kondisi mengantuk tetapi bisa dibangunkan dengan rangsangan
5.	Sopor coma	4-6	Kondisi mengantuk berat dan hanya bisa

			dibangunkan dengan rangsangan kasar
6.	Coma	3	Tidak respon ketika diberi rangsangan apapun

Sumber : (Ridho, 2022)

2) Nervus kranialis

Tabel 2.2

Fungsi Saraf Kranial

No	Saraf	Fungsi
1	2	3
1.	Saraf olfaktorius (N.I)	Hidung/penciuman
2.	Saraf optikus (N.II)	Ketajaman penglihatan, lapang pandang
3.	Saraf okulomotorius (N.III)	Retraksi pupil, otot okular, eksternal termasuk gerakan ke atas, ke bawah dan medial, kerusakan akan menyebabkan otosis dilatasi pupil
4.	Saraf troklearis (N.IV)	Gerakan okular menyebabkan ketidakmampuan melihat ke bawah dan samping
5.	Saraf trigeminus (N.V)	Fungsi sensori, refleks kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut, fungsi motorik, reflek rahang
6.	Saraf abduksen (N.VI)	Gerakan okular, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan ke bawah dan ke samping
7.	Saraf fasialis (N.VII)	Fungsi motorik wajah bagian atas dan bawah, kerusakan akan menyebabkan asimetris wajah dan poresis
8.	Saraf akustikus (N.VIII)	Tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan tulang, kerusakan akan menyebabkan tinnitus atau

		kurang pendengaran atau ketulian
9.	Saraf glossofarineus (N.IX)	Gangguan menelan
10.	Saraf vagus (N.X)	Bicara
11.	Saraf asesorius (N.XI)	Kekuatan otot trapezius dan sternokleidomastoid, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat bahu
12.	Saraf hipoglosus (N.XII)	Fungsi motorik lidah, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah

1) Fungsi motorik

Pemeriksaan sistem motorik meliputi pengamatan, gerakan volunter, palpasi otot, perkusi otot, tonus otot, dan kekuatan otot.

Tabel 2.3

Skala Kekuatan Otot

No	Skala	Keterangan
1.	0	Tidak ada kontraksi otot
2.	1	Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata
3.	2	Pasien hanya mampu menggeserkan tangan/kaki
4.	3	Mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi
5.	4	Tidak mampu menahan tangan pemeriksa
6.	5	Kekuatan penuh

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa

keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien stroke antara lain (Ridho, 2022) :

a. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

1) Data mayor

Ditemukan batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing atau ronkhi, meconium di jalan napas.

2) Data minor

Ditemukan dispnea, sulit bicara, gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah dan pola napas berubah.

Berdasarkan (PPNI, 2017) data mayor pada diagnose di atas meliputi : batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering, meconium di jalan nafas (pada neonates)

b. Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif

Dengan faktor risiko hipertensi dengan kondisi klinis terkait stroke dan hipertensi.

Berdasarkan (PPNI, 2017) faktor resiko perfusi serebral tidak efektif yaitu hipertensi dengan kondisi klinis terkait stroke dan hipertensi.

c. Risiko Defisit Nutrisi

Dengan faktor risiko ketidakmampuan menelan makanan dengan kondisi klinis terkait stroke.

Berdasarkan (PPNI, 2017) faktor risiko defisit nutrisi yaitu ketidakmampuan menelan makanan dengan kondisi klinis terkait stroke.

4. Rencana keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah salah satu tahapan dari proses keperawatan. proses keperawatan secara berurutan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi. Rencana keperawatan juga dikenal dengan intervensi keperawatan. Setelah menetapkan diagnosa, perawat harus mempersiapkan tindakan rencana keperawatan yang akan di implementasikan saat memberi asuhan keperawatan (Misya, 2022).

Berikut merupakan rencana keperawatan pada pasien SNH menurut Standar Luarann Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada table berikut :

Tabel 2.4

Rencana Asuhan Keperawatan
dengan Gangguan Oksigenasi Pada Kasus Stroke Non Hemoragik

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi secret berlebih	<p>Bersihan jalan nafas (L.01001) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poduksi sputum menurun 2) sulit bicara menurun 3) gelisah menurun 4) frekuensi napas membaik 5) pola napas membaik 	<p>Manajemen jalan nafas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2) monitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3) monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> 2) posisikan semi-fowler atau fowler 3) berikan minum hangat 4) lakukan fisioterapi dad, jika perlu 5) lakukan pengisapan lendir <15 detik 6) lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7) keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8) berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2) ajarkan batuk efektif <p>Kolaborasi Terapi oksigen</p>

1	2	3	4
2.	Risiko serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	<p>Perfusi serebral (L.02014) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan perfusi serebral dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Tekanan darah sistolik membaik 135 3) Tekanan darah diastolik membaik 85 4) GCS E4M6V5 	<p>Pemantauan tekanan intracranial (I.06198) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik) 2) monitor TD 3) monitor penurunan frekuensi jantung 4) monitor iregularitas irama nafas 5) monitor penurunan tingkat kesadaran 6) monitor tekanan perfusi serebral 7) monitor penurunan tingkat kesadaran <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kurangi stimulus lingkungan pada klien 2) Atur interval sesuai kondisi klien 3) Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan hasil pemantauan <p>Kolaborasi Kolaborasi terapi obat dengan dokter</p>

1	2	3	4
3.	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan	<p>Status nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) otot pengunyah meningkat 2) kekuatan otot menelan meningkat 3) berat badan membaik 4) indeks masa tubuh (IMT) membaik 	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identifikasi status nutrisi 2) identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) identifikasi makanan yang disukai 4) identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5) identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6) monitor asupan makanan 7) monitor berat badan 8) monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu 2) fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3) sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4) <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ajarkan diet yang diprogramkan <p>kolaborasi</p> <p>kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>

5. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam masalah status kesehatan yang dialami hingga pasien mendapatkan status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahapan implementasi merupakan pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Misya, 2022).

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal serta mengukur hasil dari proses keperawatan. Hal ini bertujuan untuk menentukan perkembangan kesehatan pasien, untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Misya, 2022)