

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke otak. Dua jenis stroke yang utama adalah *ischemic* dan *hemorrhagic* (Black & Hawks, 2014).

Menurut (Anies, 2018) stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terputus akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga terjadi kematian sel-sel pada sebagian area di otak dan stroke merupakan kondisi yang serius sehingga membutuhkan penanganan cepat.

2. Etiologi

Menurut Black & Hawks (2014)

a. *Thrombus*

Penggumpalan mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis *edoteliat* dari pembuluh darah. *Aterosklerosis* menyebabkan zat lemak bertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Plak ini akan terus membesar dan menyebabkan penyempitan (*stenosis*) pada arteri. *Stenosis* ini yang menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri.

b. *Embolisme*

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh *embolus* menyebabkan stroke embolik. *Embolus* terbentuk dibagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai *embolus* tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri.

c. Perdarahan

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya *rupture arteriosklerotik* dan hipertensi pembuluh darah yang bisa menyebabkan perdarahan ke jaringan otak. Stroke yang disebabkan dari perdarahan sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada diluar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan.

d. Penyebab Lain

Spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, menurunkan aliran darah ke otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek, tidak selamanya menyebabkan kerusakan otak yang permanen.

3. Patofisiologi Stroke

Oksigen sangat penting untuk otak, jika terjadi *hipoksia* seperti yang terjadi pada stroke, di otak akan mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen yang terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit (*American Heart Association*, 2015). Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah arteri serebral dan arteri *karotis internal* yang ada di

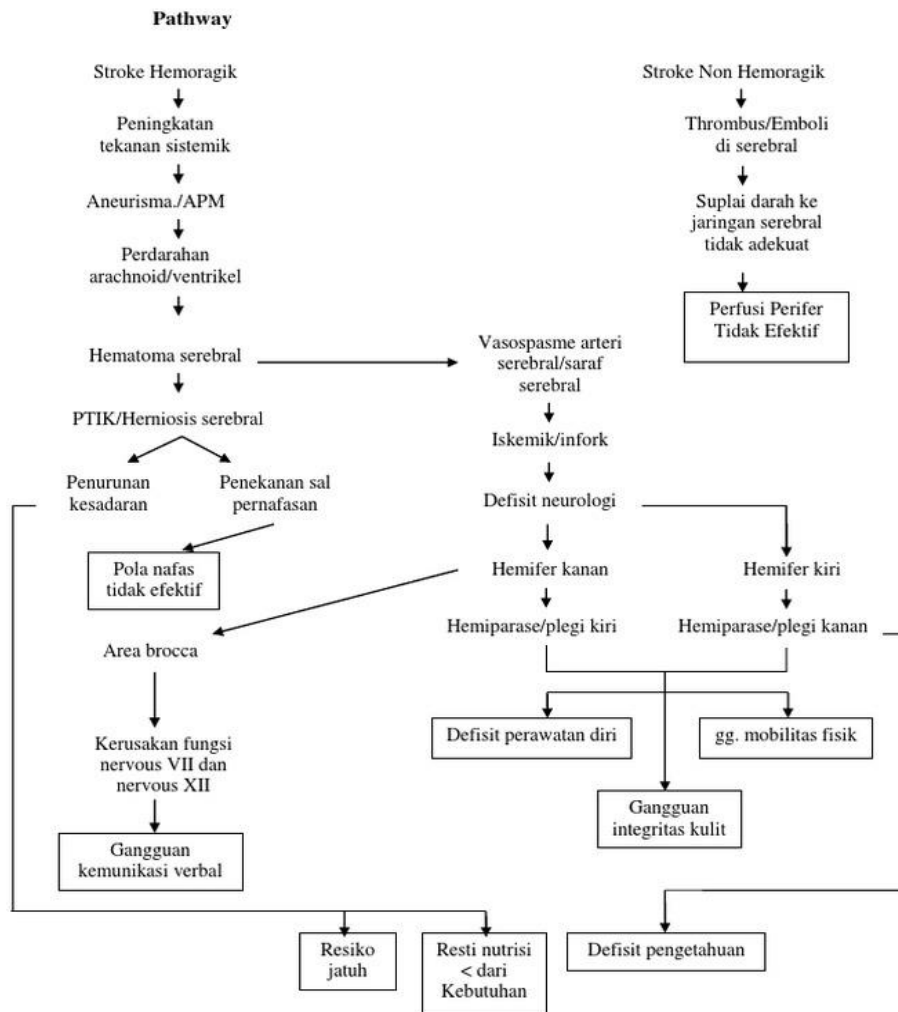
leher (Guyton & Hall, 2012). Adanya gangguan pada peredaran darah otak dapat mengakibatkan cedera pada otak melalui beberapa mekanisme, yaitu

- a. Penebalan dinding pembuluh darah (arteri serebral) yang menimbulkan penyempitan sehingga aliran darah tidak adekuat yang selanjutnya akan terjadi iskemik.
- b. Pecahnya dinding pembuluh darah yang menyebabkan hemoragik.
- c. Pembesaran satu atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak.
- d. Edema serebral yang merupakan pengumpulan cairan pada ruang interstisial jaringan otak (Smeltzer dan Bare, 2012).

Penyempitan pembuluh darah otak mula-mula menyebabkan perubahan pada aliran darah dan setelah terjadi *stenosis* cukup hebat dan melampaui batas krisis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Obstruksi suatu pembuluh darah arteri di otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai peredaran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur jalur *anastomosis* yang ada. Perubahan yang terjadi pada *kortek* akibat *oklusi* pembuluh darah awalnya adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan dilatasi arteri dan arteriola (AHA, 2015).

PATHWAY

Gambar 2.1
Pathway Stroke



(Nurarif & Kusuma, 2013)

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2013

4. Manifestasi Klinis

Junaidi (2011) dan Batticaca (2011) memaparkan manifestasi klinis sebagai berikut

- a. Mulut tidak simetris, lidah mencong bila diluruskan.
- b. Gangguan menelan, sulit menelan, minum sering tersedak.
- c. Sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat.
- d. Tidak memahami pembicaraan orang lain.
- e. Tidak mampu membaca dan menulis serta tidak memahami tulisan.
- f. Berjalan menjadi sulit, langkahnya kecil-kecil dan sempoyongan.
- g. Kebanyakan ingin tidur atau selalu ingin tidur, mengantuk.
- h. Gangguan sensibilitas pada satu anggota tubuh (gangguan *hemisensori*).
- i. *Afasia* (tidak lancar atau tidak dapat berbicara).
- j. *Disartria* (bicara pelo atau cadel).
- k. *Ataksia* (tungkai atau anggota badan tidak tepat pada sasaran).
- l. *Vertigo* (mual dan muntah atau nyeri kepala).

5. Pemeriksaan Diagnostik

a. Radiologi

1) *Elektroensefalogram (EEG)*

Mengidentifikasi penyakit yang didasarkan pada pemeriksaan pada gelombang otak dan memungkinkan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik. Pada pasien stroke biasanya dapat menunjukkan apakah terdapat kejang yang menyerupai dengan gejala stroke dan perubahan karakteristik EEG yang menyertai stroke yang sering mengalami perubahan (Hello sehat, 2018).

2) Sinar X

Menggambarkan pada perubahan kelenjar lempeng *pineal* pada daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang terdapat pada trombotosis serebral.

3) *Angiografi serebral*

Pemeriksaan ini membantu untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik antara lain perdarahan, obstruksi arteri, *okusi*/ruptur.

4) CT-Scan

Pemindaian yang memperlihatkan secara spesifik adanya edema, adanya hematoma, iskemia dan adanya infark pada stroke. Hasil pemeriksaan tersebut biasanya terdapat pepadatan di vertikel kiri dan *hiperdens* lokal.

5) Fungsi Lumbal

Tekanan normal dan biasanya ada trombosis, emboli dan TIA (*Transient Ischaemia Attack*). Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan *subarachnoid* atau intrakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus trombosis berhubungan dengan proses inflamasi.

6) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Pemeriksaan yang menggunakan gelombang magnetik dengan menentukan besar atau luas perdarahan yang terjadi pada otak. Hasil dari pemeriksaan ini digunakan untuk menunjukan adanya daerah yang mengalami infark, hemoragik, dan *malinformasi arteriovena*.

7) *Ultrasonografi Doppler*

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

8) Pemeriksaan Thorax

Memperlihatkan keadaan jantung dan menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas.

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Seperti *Hemoglobin*, *Leukosit*, *Trombosit*, *Eritrosit*. Semua itu berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia, sedangkan leukosit

untuk melihat sistem imun pasien. Jika kadar leukosit pada pasien diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang.

2) Test Darah Koagulasi

Tes ini terdiri dari 4 pemeriksaan yaitu *pothromin time*, *partial thromboplastin* (PTT), *Internasional Normalized Ratio* (INR) dan *agregasi trombosit*. Keempat tes ini berguna untuk mengukur seberapa cepat darah mengumpal. Pada pasien stroke biasanya ditemukan PT/PTT dalam keadaan normal.

3) Tes Kimia Darah

Tes ini digunakan untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat dll. Seseorang yang terindikasi penyakit stroke biasanya memiliki yang gula darah yang tinggi. Apabila seseorang memiliki riwayat penyakit diabetes yang tidak diobati maka hal tersebut dapat menjadi faktor pemicu resiko stroke (Robinson, 2014).

6. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Setyopranoto & Ismail, 2011) penatalaksanaan stroke terbagi menjadi 3 sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Umum

1) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Dimulai mobilisasi bertahap bila *hemodinamik* stabil.

2) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.

- 3) Kontrol tekanan darah, dipertahankan tekanan darah normal.
- 4) Suhu tubuh dipertahankan di batas normal.
- 5) Nutrisi per oral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun dianjurkan menggunakan NGT.
- 6) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.

c. Penatalaksanaan Medis

- 1) Trombolitik (*streptokinase*)
- 2) Anti *platelet* atau anti *trombolitik* (*asetol, ticlopidin, cilostazol, dipiridamol*).
- 3) Antikoagulan (*heparin*)
- 4) *Hemorrhagea* (*pentoxifylin*)
- 5) *Antagonis serotonin* (*noftidrofuryl*)
- 6) *Antagonis calsium* (*nomodipin, piracetam*)

d. Penatalaksanaan Khusus atau Komplikasi

- 1) Atasi kejang (*antikonvulsan*)
- 2) Atasi tekanan intrakranial yang meninggi (*manitol, gliserol, furosemid, steroid, dll*)
- 3) Atasi *dekompresi* (*kraniotomi*)
- 4) Untuk penatalaksanaan faktor risiko

- a) Atasi hipertensi (anti hipertensi)
- b) Atasi *hiperglikemia* (anti *hiperglikemia*)
- c) Atasi *hiperurisemia* (anti *hiperurisemia*)

7. Komplikasi

Menurut (Batticaca, 2012), komplikasi stroke dibagi 3 kondisi berdasarkan jangka waktu pasien terkena stroke, diantaranya adalah:

a. Dini (0-48 Jam Pertama)

Pada waktu dini, komplikasi yang dapat muncul adalah edema serebri menyebabkan defisit neurologis cenderung memberat, dapat menyebabkan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK), *herniasi* dan akhirnya menimbulkan kematian. *Infark Miokard* adalah penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal.

b. Jangka Pendek (1-14 hari)

Pada jangka waktu pendek dapat menimbulkan komplikasi yaitu, *pneumonia* akibat immobilisasi lama, *Infark miokard*, emboli paru cenderung terjadi pada 7-14 hari pasca stroke, dan sering terjadi ketika penderita mulai mobilisasi stroke *rekuren*.

c. Jangka Panjang (Lebih dari 14 hari)

Pada jangka panjang, komplikasi yang dapat muncul adalah stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain diantaranya adalah penyakit vaskuler paru.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Definisi kebutuhan dasar manusia

Menurut Mubarak & Chayatin (2008), 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 hingga yang tidak terlalu penting, adapun kebutuhan yang dimaksud meliputi :

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, 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



Sumber : Asmadi, 2008

Berdasarkan teori Maslow, kasus Stroke pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar Rasa Nyaman yang disebabkan oleh Gangguan Mobilitas Fisik. Kebutuhan Rasa Nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus dipenuhi. Sementara

perlindungan psikologis meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing dan bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan (Saputra, 2013).

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). Menurut Bulechek (2013), salah satu terapi pada penderita stroke dengan latihan mobilitas sendi yaitu melakukan latihan *Range Of Motion* (ROM). Jenis latihan ROM yang sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh fisioterapi serta perawat yaitu bagian-bagian tubuh seperti leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.

Pasien dengan kasus gangguan mobilitas fisik mengalami hambatan dalam beraktivitas sehari-harinya, sehingga pasien memerlukan bantuan orang lain dan tidak bisa bekerja seperti biasanya. Dengan demikian, perawat perlu melakukan

tindakan yang dapat membuat klien merasa kebutuhan aktivitasnya terpenuhi dan berangsur membaik, yaitu dengan cara :

- a. Bina hubungan saling percaya.
- b. Mengajarkan pasien latihan fisik untuk meningkatkan kekuatan otot sehingga kekakuan sendi yang menghambat bisa berangsur pulih.
- c. Memberi motivasi kepada klien untuk tetap memanfaatkan kekuatan otot yang sehat meski dengan keterbatasan.
- d. Menganjurkan klien untuk latihan fisik sederhana secara rutin.
- e. Menganjurkan keluarga untuk tetap mengawasi segala aktivitas yang dilakukan klien.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengkajian

Pengkajian dapat meliputi evaluasi status fungsional klien, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari dan kemampuan memenuhi kebutuhan diri secara mandiri. Pengkajian ini mengevaluasi kegiatan olahraga klien dan aktivitas rekreasi klien yang dapat mempromosikan kesehatan muskuloskeletal klien (Black & Hawks, 2014). Menurut Mutaqqin A. (2012) pengumpulan data meliputi :

a. Anamnesis

- 1) Informasi biografi usia di atas 50 tahun memiliki risiko stroke berlipat ganda pada setiap pertambahan usia, kemudian tempat tinggal yang dimana masyarakat yang tinggal di perkotaan memiliki angka kejadian

tertinggi, serta tingkat pendidikan yang rendah, yaitu tidak sekolah atau hanya tamat sekolah dasar memiliki risiko yang demikian pula (Riskesdas, 2018). Jenis kelamin laki-laki memiliki resiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan perempuan terkait kebiasaan merokok, risiko terhadap hipertensi, *hiperurisemia*, dan *hipertrigliserida* lebih tinggi pada laki-laki (Wardhana, 2011). Ras kulit hitam lebih sering mengalami hipertensi dari pada ras kulit putih sehingga ras kulit hitam memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke (AHA, 2015).

- 2) Keluhan utama pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, serta merasa cemas saat bergerak (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
- 3) Riwayat kesehatan sekarang obesitas, hipertensi, *hiperlipidemia*, kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat, serta pola hidup tidak sehat (AHA, 2015). Diabetes mellitus, *apnea* tidur, *fibrilasi atrium*, *dislipidemia* dengan penyakit jantung koroner (PJK) (Price S. A & Wilson L. M. A, 2012).
- 4) Riwayat kesehatan dahulu, seseorang yang pernah mengalami serangan stroke yang dikenal dengan *Transient Ischemic Attack* (TIA) juga berisiko tinggi mengalami stroke (AHA, 2015). Gangguan jantung, penyakit ginjal, serta penyakit vaskuler perifer perlu dikaji juga karena termasuk faktor yang menyebabkan stroke (Pudiastuti, 2011).

5) Riwayat kesehatan keluarga, faktor genetik seseorang berpengaruh karena individu yang memiliki riwayat keluarga dengan stroke akan memiliki risiko tinggi mengalami stroke (AHA, 2015).

6) Pemeriksaan fisik, menurut Harsono (2011) sebaiknya dilakukan secara sistematis dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

a) B1 (*Breathing*)

Pada klien dengan kesadaran kompos mentis tidak didapatkan kelainan. Jika klien dengan batuk didapatkan peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Untuk auskultasinya didapatkan bunyi napas tambahan seperti ronkhi. Pada tahap palpasi dada didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri.

b) B2 (*Blood*)

Pada sistem kardiovaskuler biasanya didapatkan syok hipovolemik, tekanan darah tinggi, yaitu lebih dari 200 mmHg.

c) B3 (*Brain*)

(1) Pengkajian tingkat kesadaran.

Kesadaran kompos mentis dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15-14, kesadaran apatis dengan nilai GCS 13-12, kesadaran delirium dengan nilai GCS 11-10, kesadaran *somnolen* dengan nilai GCS 9-7, kesadaran sopor dengan nilai GCS 6-5, kesadaran semi koma atau koma ringan dengan nilai GCS 4, dan yang terakhir kesadaran koma dengan nilai GCS 3.

(2) Pengkajian fungsi serebral.

Pada pengkajian *hemires*, pasien dengan stroke hemisfer kanan akan didapatkan hemiparese pada sebelah kiri tubuh sedangkan pada pasien dengan stroke *hemifer* kiri akan mengalami *hemiparese* kanan.

(3) Pengkajian saraf kranial

Pada pengkajian saraf kranial *nervus olfaktori* (nervus I) akan didapatkan gangguan hubungan visual-spasial pada pasien dengan hemiplegia kiri. Kemudian, pada *nervus asesoris* (nervus XI) tidak didapatkan atrofi otot *sternokleidomartoideus* dan *trapezius*.

(4) Pengkajian sistem motorik.

Pada pengkajian inspeksi umum akan didapatkan hemiplegia yang dikarenakan lesi pada sisi otak yang berlawanan. Tanda yang lain adalah *hemiparesis*. Kemudian, fasikulasi akan didapatkan pada otot-otot ekstremitas, tonus otot mengalami peningkatan. Kekuatan otot sendiri pada penilaian menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit akan didapatkan tingkat nol. Koordinasi dan keseimbangan mengalami gangguan akibat hemiparese dan hemiplegia. Penilaian rentang gerak sendi tertentu dilakukan setelah pemeriksaan di atas. Perawat harus menyadari sendi yang meradang atau arthritis mungkin nyeri. Gerakkan sendi dengan perlahan-lahan. Pada kondisi normal sendi harus bebas dari kekakuan, ketidakstabilan, pembengkakan, atau inflamasi.

Tabel 2.1

Nilai Kekuatan Otot

Respon	Nilai
Tidak dapat sedikitpun kontraksi otot, lumpuh total	0
Terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak didapatkan gerakan pada persendian yang harus digerakkan oleh otot tersebut	1
Didapatkan gerakan , tapi gerakan tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi)	2
Dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat	3
Disamping dapat melawan gaya berat ia dapat pula mengatasi sedikit tahanan yang diberikan	4
Tidak ada kelumpuhan (normal)	5

Sumber: Debora, 2013

(5) Pengkajian reflek.

Menurut Wilkinson, Nancy, Ehern (2011), pemeriksaan reflek terdiri atas dua, yaitu pemeriksaan refleksi *profunda* dimana pengetukan pada tendon, *ligamentum* atau *periosteum* derajat reflek didapatkan respon normal. Kemudian, pemeriksaan reflek patologis pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang.

(6) Pengkajian sistem sensorik.

Pasien dapat mengalami *hemihipestasi*, yaitu ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat berupa kehilangan

proprioepsi serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius (Wilkinson, Nancy, Ehern, 2011).

d) B4 (*Bladder*)

Pasien mungkin mengalami inkontinesia urine sementara yang dikarenakan konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan serta ketidakmampuan mengendalikan kandung kemih dikarenakan kontrol motorik dan postural. Inkontinesia urine yang berkelanjutan menunjukkan kerusakan neurologis yang luas.

e) B5 (*Bowel*)

Pada pasien akan didapatkan keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, dan muntah pada fase akut. Terjadi konstipasi pada pola defeksasi akibat penurunan peristaltik usus. Inkontinesia *alvi* yang berkelanjutan menunjukkan kerusakan neurologis yang luas.

f) B6 (*Bone*)

Disfungsi motorik yang umum terjadi adalah hemiplegia dikarenakan lesi pada sisi otak yang berlawanan dan *hemiparesis*.

7) Ketergantungan aktivitas

Pengkajian *activity of dailiy living* (ADL) penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan, yaitu seberapa bantuan itu diperlukan dalam aktivitas sehari-hari.

8) Risiko jatuh

Pasien dengan gangguan neurologi seperti pingsan dan penurunan kesadaran dapat menyebabkan pasien mendadak jatuh sehingga pasien perlu dibutuhkan pengawasan dan observasi khusus secara terus-menerus. Golongan umur responden lebih dari 55 tahun didapatkan hasil insiden jatuh yang tinggi (Person, K.B. & Amdrew, F.C. 2011). Pengkajian pasien dengan risiko jatuh dapat dilakukan dengan *multifactorial assessment* dalam jangka waktu pasien dirawat.

b. Pemeriksaan penunjang

1) CT scan kepala

Pemeriksaan ini untuk mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur, dan sistem ventrikel otak (Anania, Pamela 39 C et.al, 2011). Terjadinya gangguan dari pembuluh darah otak yang memberikan pasokan darah pada lobus tertentu akan menyebabkan kelainan sesuai fungsi lobus, seperti gangguan pada peredaran darah di lobus frontalis dan parietal yang akan menyebabkan gangguan gerak atau kelemahan otot dan rasa kebas pada kulit. Kemudian, bila gangguan terjadi di serebelum akan mengakibatkan gangguan gerak dan koordinasi serta keseimbangan (Elim, Tubagus, Ali, 2016).

2) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Pemeriksaan ini untuk menunjukkan daerah mana yang mengalami infark, *hemoragik*, dan *malformasi arteriovena* (Anania, Pamela C et.al, 2011).

3) Pemeriksaan laboratorium

a) Pemeriksaan darah lengkap seperti *Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit*

Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.

b) Test darah koagulasi

Test darah ini terdiri dari 4 pemeriksaan, yaitu: *prothrombin time* (PT) dan *partial thromboplastin time* (PTT), *International Normalized Ratio* (INR) dan agregasi trombosit. Keempat test ini gunanya mengukur seberapa cepat darah pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah. Jika pasien sebelumnya sudah menerima obat pengencer darah seperti *warfarin*, INR digunakan untuk mengecek apakah obat itu diberikan dalam dosis yang benar. Begitu pun bila sebelumnya sudah diobat *heparin*, PTT bermanfaat untuk melihat dosis yang diberikan benar atau tidak.

c) Test kimia darah

Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu pemicu stroke (Robinson, 2014).

2. Diagnosa Keperawatan

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 SDKI 2017 diagnosis keperawatan yang muncul pada klien dengan stroke antara lain:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan adanya penurunan energi.
- b. Resiko aspirasi ditandai dengan adanya kerusakan mobilitas fisik.
- c. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi dan adanya gangguan mobilitas fisik.
- e. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

3. Rencana Keperawatan

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

Tabel 2.2
Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Pola napas tidak efektif Batasan karakteristik : 1. Mengeluh dsesak napas (dispnea) 2. Tampak pola napas abnormal	Pola napas (L. 01004) 1. Keluhan sesak napas (dispnea) menurun 2. Frekuensi napas membaik	Manajemen jalan napas (I. 01011) <i>Observasi</i> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas 3. Monitor sputum <i>Terapeutik</i> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> 2. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada 5. Lakukan penghisapan lendiri 6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 7. Lakukan <i>hiperoksigenisasi</i> sebelum penghisapan endotrakeal 8. Keluarkan sumbatan benda padat dengan

1	2	3	4
			forsep McGill 9. Berikan oksigen, jika perlu <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 2. Ajarkan teknik batuk efektif <i>Kolaborasi</i> -Kolaborasi pemberian bronkodilator, espektoran, mukolitik
2	Resiko aspirasi Batasan karakteristik : 1. Kerusakan mobilitas fisik	Tingkat aspirasi (L.01006) 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kemampuan menelan meningkat 3. Dispnea Menurun	Manajemen jalan napas (I. 01011) <i>Observasi</i> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas 3. Monitor sputum <i>Terapeutik</i> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> 2. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada 5. Lakukan penghisapan lendiri

1	2	3	4
			6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 7. Lakukan hiperoksigenisasi sebelum penghisapan endotrakeal 8. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 9. Berikan oksigen, jika perlu <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 2. Ajarkan teknik batuk efektif <i>Kolaborasi</i> -Kolaborasi pemberian bronkodilator, espektoran, mukolitik

1	2	3	4
3	Resiko defisit nutrisi Batasan karakteristik : 1. Ketidakmampuan menelan makanan	Status Nutrisi (L.03030) 1. Porsi makan yang dihabiskan klien meningkat 2. Nafsu makan klien membaik	Manajemen nutrisi (I.03119) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <i>Terapeutik</i> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk

1	2	3	4
			mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan 7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4	Gangguan mobilitas fisik Batasan karakteristik : 1. Mengeluh sulit mengerakkan ekstremitas 2. Rentang gerak	Mobilitas Fisik (L. 05042) 1. Pergerakan ekstremitas klien cukup meningkat 2. Rentang gerak klien cukup meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi

1	2	3	4
	(ROM) menurun 3. Merasakan sensasi sendi kaku 4. Gerakan terbatas	3. Keterbatasan gerak klien mulai menurun	fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <i>Terapeutik</i> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi 3. Ajarkan mobilisasi

1	2	3	4
			sederhana yang harus dilakukan
5	Defisit perawatan diri Batasan karakteristik : 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	Perawatan diri (L.11103) 1. Minat melakukan perawatan diri meningkat 2. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <i>Terapeutik</i> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan

1	2	3	4
			perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <i>Edukasi</i> Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Sumber : SDKI PPNI, 2017

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 holistise. Bentuk penatalaksanaan secara spesifik atau tindakan untuk memecahkan masalah kesehatan.
 - e. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri
5. Evaluasi

Menurut Achjar (2012), evaluasi merupakan sekumpulan informasi yang sistemik berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait program kegiatan, karakteristik dan hasil yang telah dicapai.

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif, menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan. Pengukuran efektifitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Untuk mempermudah mengevaluasi perkembangan pasien digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut :

- a. S : data subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- b. O: data objektif

Data berdasarkan hasil pengkajian atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : analisa

Merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi, atau juga dapat dilakukan suatu masalah / diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi data dalam data subjektif dan objektif.

d. P : *Planning*

Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan data tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.

D. Konsep Teori Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang *komprehensif* asuhan keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Diagnosa keperawatan keluarga adalah diagnosa tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan modifikasi SDKI, SLKI, SIKI . Hasil capaian adalah sebagai berikut :

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil : Pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan

Domain capaian hasil : Domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan.

3. TUK 3 : Mampu merawat

Domain capain hasil : kesehatan keluarga, kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan *care giver*, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.

4. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan

Domain capaian hasil : Kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang aman dengan mengurangi faktor resiko.

5. TUK 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil : pengeluaran tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

Teori diatas sesuai dengan pernyataan Achjar (2012), menyatakan asuhan keperawatan keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Aplikasi dalam asuhan keperawatan sebagai berikut :

a. Pengkajian

1) Data umum

a) Identitas Pasien

Berisi tentang identitas pasien yang meliputi : nama, umur, pekerjaan, suku, agama dan alamat (KK).

b) Data Kesehatan Keluarga

Pada pengkajian ini fokus utama yaitu pada yang sakit yang mencakup diagnose penyakit, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu. Kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan *head to toe*.

c) Data kesehatan keluarga

Berupa uraian kondisi rumah yang meliputi tipe rumah, ventilasi, bagaimana pencahayaan, kelembapan lingkungan rumah, kebersihan rumah, kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana sarana MCK yang ada di lingkungan rumah.

d) Struktur keluarga.

Pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi di dalam keluarga, sumber – sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.

e) Fungsi keluarga

Fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga, yaitu :

(1) Kemampuan keluarga mengenal masalah

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

(2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan

Meliputi sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

(3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

(4) Kemampuan keluarga memelihara kesehatan memodifikasi memelihara lingkungan.

Meliputi keuntungan / manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

2) Prioritas masalah

Achjar (2012) telah merumuskan skala prioritas sebagai berikut :

Tabel 2.3
Skala prioritas masalah

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah	Aktual	3	1
		Resiko	2	
		Potensial	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	Mudah	2	2
		Sebagian	1	
		Tidak dapat	0	
3	Potensial masalah dapat dicegah	Tinggi	3	1
		Cukup	2	
		Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah	Berat, segera ditangani	2	1
		Ada masalah, tidak perlu ditangani	1	
		Tidak dirasakan, ada masalah	0	

Sumber : Achjar, 2012

Keterangan skoring :

Setelah merumuskan skala prioritas sesuai dengan table di depan, langkah selanjutnya adalah membuat skoring. Bailon & Maglaya, 1978 dalam Sutanto (2012)

Gambar 2.3
Skoring skala prioritas

Skoring
_____ X Bobot
Angka tertinggi

Sumber : Sutanto. 2012

Dengan adanya skala prioritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat. Masing – masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

a) Kriteria Sifat Masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga poin pokok yaitu tidak, kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera .tidak atau kurang sehat merupakan kondisi dimana anggota keluarga terserang suatu penyakit. Hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan perkembangan atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini biasa berlaku dari penyakit yang ringan hingga penyakit yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.

b) Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada pasien. Tingkat penanganan terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian, dan tidak ada kemungkinan untuk diubah.

c) Kriteria Potensi Pencegahan Masalah

Kriteria ini mengacu pada tingkat, yaitu tinggi, cukup, dan rendah. Berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai factor. Kemungkinan yang paling berat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, perhatian keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

d) Kriteria Masalah Yang Menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani pasien. Namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilalui tepat. Prioritas yang harus ditangani berdasarkan :

- (1) Masalah yang benar-benar harus ditangani.
- (2) Ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani.
- (3) Ada masalah tetapi tidak dirasakan.