

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah penyakit pembuluh darah otak. Hal ini terjadi ketika pasokan darah ke otak berkurang atau terhambat karena hal-hal tertentu yang mengarah ke kurangnya kadar oksigen dan kehilangan fungsi, bila otak mengalami penurunan suplai oksigen dan aliran darah akan terjadi kerusakan atau gangguan pada jaringan saraf yang mengatur fungsi pergerakan, fungsi verbalisasi dan dapat menyebabkan penurunan kesadaran (Fauzi, 2022). Menurut Nabyl (2012) . Stroke yaitu suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba tiba terganggu, karena sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak (Sari, 2016). Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan gangguan pada otak akibat dari adanya defisi neorologik yang memiliki tanda fokal atau global yang terjadi secara tiba-tiba dengan selang waktu 24 jam yang beresiko kematian akibat aliran darah yang masuk ke otak terganggu (Febriyanti, 2018). Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba (Depkes RI, 1996). Jaringan otak yang mengalami gangguan hal ini akan membuat mati dan tidak dapat berfungsi lagi sehingga berakibat fatal atau bahkan dapat membatasi pasien selama bertahun-tahun sebagai orang cacat (Festi, 2012).

2. Etiologi

Penyebab stroke menurut (Aghadiati, 2017).

- a. Thrombosis Cerebral Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya Thrombosis biasanya terjadi pada orangtua yang sedang tidur atau bangun tidur.

Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah trombosis. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak.

b. Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan suatu proses dimana terdapat suatu penebalan dan pengerasan arteri besar dan menengah seperti koronaria, basilar, aorta dan arteri iliaka (Ruhyanudin, (2007) Aterosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis atherosclerosis bermacam-macam, Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut:

- 1) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah.
- 2) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis.
- 3) Merupakan tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus (embolus).
- 4) Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

c. Hyperkoagulasi pada polysitemia Darah bertambah kental, peningkatan viskositas / hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

d. Arteritis (radang pada arteri).

e. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. pada umumnya emboli berasal dari thrombus dijantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteris serebral.

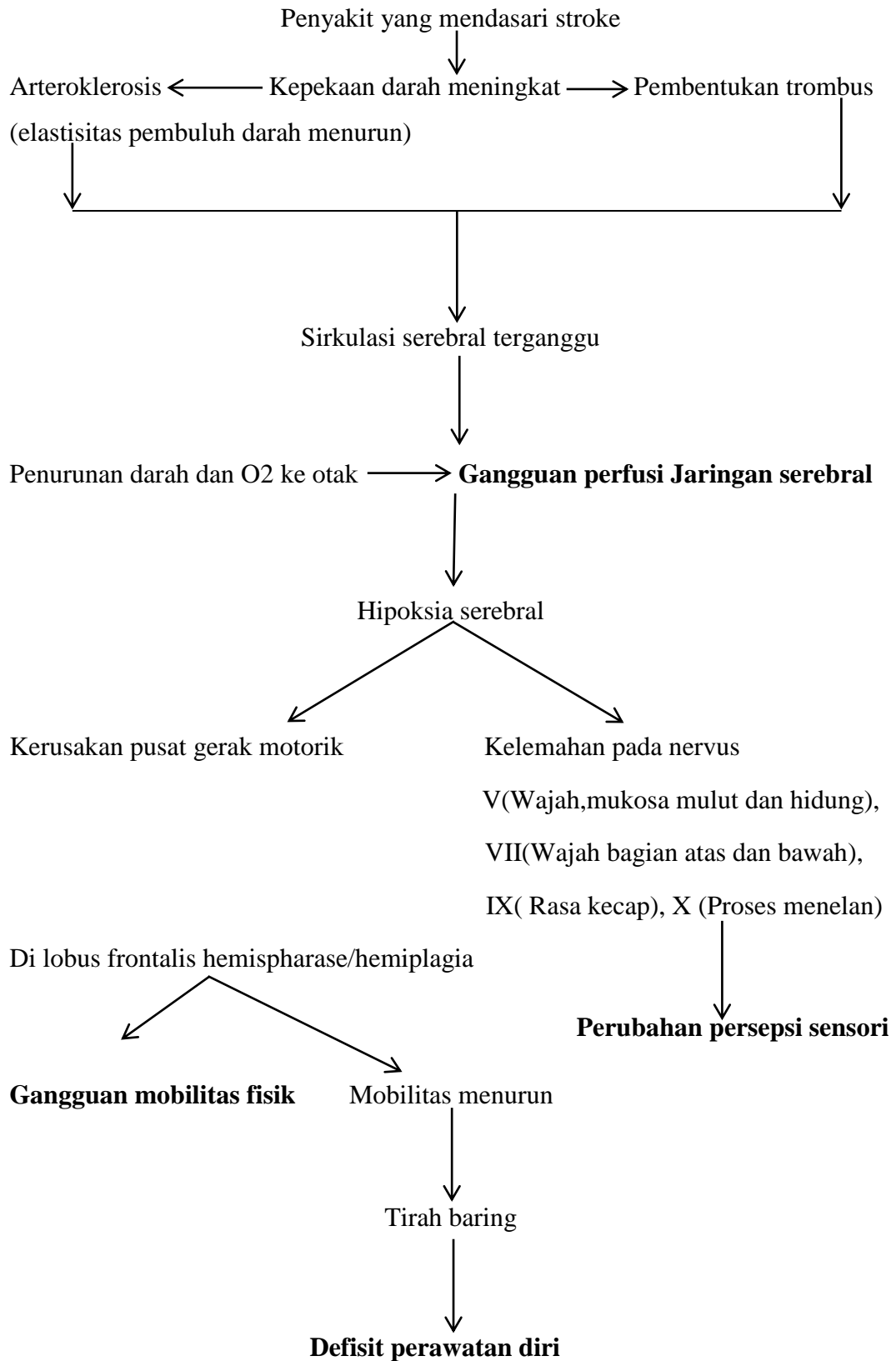
(Fauzi, 2022) Stroke disebabkan oleh beberapa faktor pencetus seperti:

- a. Hipertensi
- b. Penyakit jantung
- c. Diabetes melitus

- d. Obesitas
- e. merokok

3. Patofisiologi Stroke

Otak sangat tergantung dengan oksigen dan tidak memiliki cadangan oksigen, jika aliran darah terhambat karena thrombus dan embolus maka mengakibatkan kekurangan oksigen ke otak. Kekurangan oksigen selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran, selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu lama dapat mengakibatkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen awalnya mungkin akibat iskemia atau hipoksia, stroke dapat mengakibatkan bekuan darah, udara, plaque, ateroma fragment lemak. Jika etiologi stroke adalah hemoragik maka faktor utama adalah hipertensi. Ada dominan stroke meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena (Wulandari, 2020) Berikut gambar pathway tentang stroke:



Gambar 2.1 Pathway Stroke

Sumber: (Aghadiati, 2017)

4. Manifestasi klinis

Manifestasi menurut Guanabara *et al*, (2021) yang umumnya terjadi :

- a. kelemahan alat gerak
- b. penurunan kesadaran
- c. gangguan penglihatan
- d. gangguan komunikasi
- e. sakit kepala
- f. gangguan keseimbangan
- g. kelemahan terutama pada satu sisi tubuh
- h. sulit berbicara atau memahami pembicaraan
- i. kehilangan keseimbangan
- j. pening

5. Pemeriksaan penunjang

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 (Aghadiati, 2017).

2) *Angiografi serebral*

Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.

3) *Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)*

Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur stroke (sebelum Nampak oleh pemindaian CT)

4) *CT Scan*

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

5) *Magnetic Imaging Resonance (MRI)*

Menggunakan gelombang megnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

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) Tes Kimia Darah

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

3) Test Darah Koagulasi

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

6. Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Berutu, 2016) penatalaksanaan pada pasien stroke adalah sebagai berikut:

a. Pentalaksanaan umum

- 1) letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- 2) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.

- 3) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
 - 4) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
 - 5) Pantau juga kadar gula darah $>150\text{mg}\%$ harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu $150\text{ mg}\%$ dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
 - 6) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol $>220\text{ mmHg}$, diastol $>120\text{ mmHg}$, *Mean Arteri Blood Plessure* (MAP) $>130\text{ mmHg}$ (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
 - 7) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitropusid, penyekat reseptor alfabeta, atau antagonis kalsium.
- b. Penatalaksanaan Medis
- 1) Trombolitik (streptokinase)
 - 2) Anti platelet atau anti trombolitik (asetol, ticlopidin, cilostazol, dipiridamol).
 - 3) Antikoagulan (heparin)
 - 4) *Hemorhagea* (pentoxifylin)
 - 5) Antagonis serotonin (noftidrofuryl)
 - 6) Antagonis calsium (nomodipin, piracetam)

- c. Penatalaksanaan Khusus
 - 1) Atasi kejang (antikonvulsan)
 - 2) Atasi tekanan intrakranial yang meninggi (manitol, gliserol, furosemid, steroid, dll)
 - 3) Atasi dekompresi (kraniotomi)
 - 4) Untuk penatalaksanaan faktor risiko Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - 5) Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - 6) Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)
- d. Penatalaksanaan keperawatan
 - 1) Melakukan pendidikan kesehatan tentang stroke
 - 2) Melatih klien melakukan latihan ROM

7. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak Bararah & Jauhar, (2013). Komplikasi Stroke Menurut pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

- a. Bekuan darah (*trombosit*) mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh 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.
- b. Dekubitus bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
- c. Pneumonia pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni (Berutu, 2016).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow (1908-1970) di dalam (Budiono & Malang, 2021) Kebutuhan dasar manusia adalah segala hal yang diperlukan oleh manusia untuk memenuhi, menjaga dan mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia mempunyai karakteristik kebutuhan yang unik, tetapi tetap memiliki kekebutuhan dasar yang sama. Kebutuhan manusia pada dasarnya meliputi dua kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan akan materi dan non materi.

Hirarki kebutuhan dasar manusia menurut teori ini dapat digolongkan menjadi lima tingkat kebutuhan prioritas (*five hierarchy of needs*), yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan dan keamanan, kebutuhan cinta dan rasa memiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Menurutny bahwa kebutuhan ini akan senatiasa muncul, meskipun mungkin tidak secara berurutan. Artinya, ada sebagian orang karena suatu keyakinan tertentu memiliki hirarki kebutuhan yang berbeda dibandingkan dengan yang lain. Semakin tinggi hierarki kebutuhan yang terpuaskan, semakin mudah seseorang mencapai derajat kemandirian yang optimal.

Pemenuhan kebutuhan tersebut, menurut Maslow didorong oleh adanya dua kekuatan (motivasi), yakni motivasi kekurangan (*deficiency motivation*) dan motivasi pertumbuhan/perkembangan (*growth motivation*) (Muhamad, 2002). Motivasi kekurangan ditujukan untuk mengatasi permasalahan, yaitu ketegangan organistik berupa kekurangan. Sebagai contoh, lapar adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan nutrisi, haus adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan cairan dan elektrolit tubuh, sesak napas adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan oksigen tubuh, takut cemas adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan rasa aman dan sebagainya.

Motivasi pertumbuhan/perkembangan didasarkan atas kapasitas setiap manusia untuk tumbuh dan berkembang. Kapasitas ini merupakan pembawaan setiap manusia dan dapat mendorong manusia mencapai tingkat hierarki kebutuhan yang lebih tinggi yaitu aktualisasi diri. Selanjutnya, lima

tingkat kebutuhan berdasarkan hierarki Maslow dapat digambarkan ke dalam bentuk piramida seperti Gambar 2.2 berikut ini:



Gambar 2.2 Piramida Kebutuhan Dasar Manusia

Sumber; Abraham Maslow

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis dalam hierarki Maslow menempati urutan yang paling dasar, arti dalam pemenuhan kebutuhan ini seseorang tidak akan atau belum memenuhi kebutuhan lain sebelum terpenuhinya kebutuhan fisiologisnya. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia guna memelihara homeostasis tubuh. Kebutuhan fisiologis ini mutlak harus terpenuhi, jika tidak dapat berpengaruh terhadap kebutuhan lainnya. Manusia memiliki minimal delapan macam kebutuhan fisiologis yang harus terpenuhi. Kebutuhan fisiologis tersebut, meliputi: oksigen, cairan, nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat-tidur, seksual dan lain-lain.

2. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan

Prioritas berikutnya setelah kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan akan keselamatan dan keamanan. Kebutuhan akan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik dan psikologis. Orang dewasa secara umum mampu memberikan keselamatan dan keamanan jika

dibandingkan dengan bayi atau anak. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, termal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal.

3. Kebutuhan cinta dan rasa memiliki

Prioritas selanjutnya setelah terpenuhi kebutuhan keselamatan dan keamanan adalah kebutuhan cinta dan rasa memiliki. Kebutuhan dasar ini menggambarkan emosi seseorang. Manusia secara umum membutuhkan perasaan untuk dicintai oleh keluarga mereka, diterima oleh teman sebaya, oleh lingkungan dan masyarakat sekitarnya. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan saat seseorang berkeinginan menjalin hubungan yang efektif atau hubungan emosional dengan orang lain. Dorongan ini akan terus menekan seseorang sedemikian rupa sehingga ia akan berupaya semaksimal mungkin untuk mendapatkan perasaan saling mencintai dan memiliki tersebut.

4. Kebutuhan Harga Diri

Manusia senantiasa membutuhkan perasaan untuk mendapatkan penghargaan dan dihargai oleh orang lain. Penghargaan terhadap diri sering merujuk pada penghormatan diri, dan pengakuan diri, kompetensi rasa percaya diri dan kemerdekaan. Untuk mencapai penghargaan diri, seseorang harus menghargai apa yang telah dilakukan dan apa yang akan dilakukannya serta menyakini bahwa dirinya benar dibutuhkan dan berguna.

5. Kebutuhan Aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkat kebutuhan yang paling tinggi menurut (Maslow dan Kalish). Aktualisasi diri adalah kemampuan seseorang untuk mengatur diri dan otonominya sendiri serta bebas dari tekanan luar. Lebih dari itu, aktualisasi diri merupakan hasil dari kematangan diri.

Kebutuhan dasar manusia yang terganggu pada kasus Stroke adalah Kebutuhan fisiologis pada kebutuhan aktifitas, menurut (Saputra, 2013) di dalam (Aghadiati, 2017) Salah satu kebutuhan dasar manusia yang paling

prioritas adalah kebutuhan aktifitas. Penyebab dari terjadinya gangguan kebutuhan aktivitas seseorang diakibatkan oleh beberapa kondisi dan penyakit, penyakit yang paling mendominasi terjadinya hambatan dan beraktivitas adalah salah satunya stroke (Nurliana Sari, 2020) dalam (V.A.R.Barao *et al.*, 2022). Masalah-masalah yang dapat terjadi pada pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas yaitu resiko intoleransi aktivitas, insomnia, hambatan mobilitas fisik, gangguan mobilisasi, hambatan mobilisasi di tempat tidur, kesiapan meningkatkan tidur dan gangguan pola tidur. kemampuan melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan misalnya berdiri atau berjalan. Aktivitas adalah keadaan untuk bergerak memenuhi kebutuhan hidup, kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya system pernafasan, otot, tulang dan sendi. Aktivitas adalah suatu energi dan keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas seperti berdiri, berjalan dan bekerja dan sistem tubuh yang berperan dalam kebutuhan aktivitas yaitu tulang, otot dan sendi (Raharjo, 2019).

Kebutuhan aktivitas dan latihan adalah salah satu bentuk latihan fisik pada seseorang termasuk makan/minum, mandi, toileting, mobilisasi tempat tidur, berpindah dan ambulasi untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan dan meningkatkan kesehatan (Alimul hidayat, 2006) di dalam (Aghadiati, 2017). Konsep dasar kebutuhan aktivitas 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, 2015).

Pada klien dengan kasus gangguan aktivitas 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. Mengajarkan klien untuk latihan fisik sederhana secara rutin.
- e. Mengajarkan keluarga untuk tetap mengawasi segala aktivitas yang dilakukan klien.

Pasien yang mengalami stroke tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Mobilisasi pada penderita stroke bertujuan untuk memperbaiki fungsi pernafasan, sirkulasi peredaran darah mencegah komplikasi dan memaksimalkan perawatan diri. manajemen program latihan yaitu mengidentifikasi dan mengelola aktivitas fisik yang diprogramkan secara aman dan efektif (PPNI, 2018). Salah satunya latihan *Range Of Motion* (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitas. Manfaat ROM sendiri yaitu memperbaiki tonus otot, mencegah kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, dan meningkatkan mobilisasi sendi. Setelah dilakukan tindakan sesuai penelitian yang dilakukan.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi status kesehatan klien. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang dilaksanakan

dengan berbagai cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll) untuk mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatan klien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar Suarni & Apriyani, (2017).

Pengkajian pada pasien stroke menurut Richard Oliver, (2018) dalam Zeithml, (2021). dengan gangguan mobilitas fisik termasuk kedalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas atau istirahat.

a. Anamnesis

Richard Oliver, (2018) dalam Zeithml, (2021)

1) Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, alamat, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan, dan sumber perawatan medis yang biasa.

2) Keluhan utama biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, pasien sulit menggerakkan ekstremitas nyeri saat bergerak serta merasa cemas saat bergerak riwayat penyakit sekarang pengkajian dalam riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama. Pada pasien stroke biasanya sering kali terjadi secara tiba-tiba, atau pada saat pasien sedang melakukan aktivitas, dan biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai penurunan tingkat kesadaran.

3) Riwayat penyakit dahulu adanya riwayat hipertensi, riwayat Stroke sebelumnya, atau komplikasi seperti diabetes melitus, penyakit jantung, anemia. Riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama dan lainnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi dahulu.

5) Pemeriksaan fisik

Menurut Harsono, (2011) sebaiknya dilakukan secara sistematis dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

a) Pengkajian tingkat kesadaran.

Kesadaran : Kesadaran komposmentis 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- kesadaran semi koma atau koma ringan dengan nilai GCS 4, dan yang terakhir kesadaran koma dengan nilai GCS3.

b) 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.

c) 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.

d) 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, ketidak stabilan, pembengkakan, atau inflamasi.

Tabel 2.1 1
 Nilai kekuatan Otot

Nilai kekuatan otot (Tonus otot)	Keterangan
0 (0%)	Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali.
1 (10%)	Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan anggota gerak sama sekali.
2 (25%)	Dapat menggerakkan anggota gerak tetapi tidak kuat menahan berat dan tidak dapat melawan tekanan pemeriksa
3 (50%)	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat, tetapi dapat menggerakkan anggota badan untuk melawan tekanan pemeriksa.
4 (75%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif untuk menahan berat dan mampu melawan tekanan.
5 (100%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif untuk menahan berat dan mampu melawan tekanan.

Sumber: Richard Oliver, (2018) dalam Zeithml, (2021).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan kegiatan yang mengumpulkan gangguan atau masalah kebutuhan dasar yang dialami oleh klien dengan merumuskan ke dalam bentuk kalimat yang berstandar (Suarni & Apriyani, 2017).

Kompleksnya masalah sistem tubuh pada pasien dengan penyakit Stroke maka dapat muncul masalah kesehatan, antara lain Richard Oliver (2018) dalam Zeithml., (2021) :

- a. Gangguan Mobilitas Fisik
- b. Gangguan Komunikasi Verbal
- c. Resiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

3. Rencana keperawatan

Pada tahapan ini perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar. Perencanaan yang disusun terdiri dari: Perencanaan tujuan

(*Outcome*) dan perencanaan tindakan (*intervention*), Suarni & Apriyani, (2017).

Perencanaan keperawatan merupakan proses penyusunan keperawatan keluarga dalam menyelesaikan masalah keperawatan kesehatan keluarga dengan tujuan keluarga mampu mengenal masalah, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga mampu merawat, keluarga mampu memodifikasi lingkungan, keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Kholifah & Widagdo,(2016) dapat dilihat pada tabel 2.2

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>a. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot</p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2) Nyeri saat bergerak 3) Enggan melaukan pergerakan 4) Merasa cemas saat bergerak <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan otot menurun (skala kekuatan otot 0 sampai 5) 2) Rentang gerak (ROM) menurun 3) Sendi kaku 4) Gearakan tidak terkoordinasi 5) Gerakan terbatas 6) Fisik lemah 	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Nyeri menurun 5) Kaku sendi menurun 6) Gerakan terbatas menurun 7) Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</p> <p>Definisi: Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2) Fasilitasi melakukan pergerakan 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur)

1	2	3	4
2	<p>b. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskuler</p> <p>Definisi : penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Data subjektif :</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak mam berbicara atau mendengar 2) Menunjukkan respon tidak sesuai 3) Afasia (kesulitan berbicara) 4) Disfasia 5) Disartria 6) Afonia 7) Dislaila 8) Pelo 9) Gagap 10) Tidak ada kontak mata 	<p>Komunikasi Verbal (D.0119)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan berbicara meningkat 2) Kemampuan Mendengar meningkat 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4) Kontak mata meningkat 5) Afasia menurun 6) Disfasia menurun 7) Apraksia menurun 8) Disleksia menurun 9) Disatria menurun 10) Afonia menurun 11) Dislaila menurun 12) Pelo menurun 13) Gagap menurun 14) Respons perilaku pemahaman komunikasi membaik 	<p>Promosi Komunikasi Efektif (I.13491)</p> <p>Definisi Meningkatkan kemampuan komunikasi pasien untuk pengambilan keputusan kesehatan pasien.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi prioritas metode komunikasi yang digunakan sesuai dengan kemampuan 2) Identifikasi sumber pesan secara jelas (siapa seharusnya mengatakannya) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fasilitasi mengungkapkan isi pesan dengan jelas 2) Fasilitasi penyampaian struktur pesan secara logis 3) Dukung pasien dan keluarga menggunakan komunikasi efektif <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan perlunya komunikasi efektif 2) Ajarkan memformulasikan pesan dengan tepat
3	<p>Resiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Penurunan Mobilitas</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami kerusakan kulit (Dermis, dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).</p> <p>Faktor resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan sirkulasi 2) Penurunan mobilitas 	<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elastisitas meningkat 2) Hidrasi meningkat 3) Perfusi jaringan meningkat 4) Kerusakan jaringan menurun 5) Kerusakan lapisan kulit menurun 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban dan mencegah perkembangan mikroorganisme.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan

1	2	3	4
	3) Suhu lingkungan yang ekstrem 4) Faktor mekanis (mis. Penekanan, gesekan,) 5) Kelembaban 6) Proses penuaan 7) Perubahan pigmentasi 8) Kurang terpapar informasi tentang upayamempertahankan / melindungi integritas jaringan	6) Hematoma menurun 7) Pigmentasi abnormal 8) Jaringan parut menurun 9) Nekrosis menurun 10) Abrasi kornea menurun 11) Suhu kulit membaik 12) Sensasi membaik 13) Tekstur membaik 14) Pertumbuhan rambut membaik	perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik : 1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2) lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang 3) bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4) gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 5) gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6) hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi : 1) Anjurkan menggunakan pelembab 2) anjurkan minum air yang cukup 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi buah dan sayur 5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya .

Richard Oliver, (2018) dalam Zeithml, (2021)

4. Implementasi

Menurut Suarni & Apriyani, (2017) implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status

kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Tindakan keperawatan merupakan implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Kholifah & Widagdo, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria yang dibutuhkan tahap perencanaan Suarni & Apriyani, (2017). Untuk mempermudah mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien sehingga digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

b. S : Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

c. O : Data Objektif

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

d. A : Analisa

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

e. P : Planning Proses perencanaan tindakan keperawatan yang dilanjutkan atau dihentikan sesuai dengan kondisi klien.

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 meningkat yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.
2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan domain capaian hasil :
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 dalamperawatan, 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.

E. Proses Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian keperawatan keluarga
Pengkajian merupakan tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara terus-menerus terhadap keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian

melalui proses dari anamnesa (wawancara), pemeriksaan atau pengkajian fisik anggota keluarga (Dion & Betan, 2015) dalam (Wahyuni et al., 2021). Pengkajian yang harus dilakukan dalam asuhan keperawatan keluarga meliputi:

- a. Identitas pasien, meliputi : nama, umur, pekerjaan, suku, agama, dan,alamat (KK)
- b. Data kesehatan pada pengkajian ini fokus utama pada yang sakit mencakup diagnosa, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu. Kemudian lakukan pemeriksaan fisik seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan *head to toe*.
- c. Data kesehatan lingkungan berupa uraian kondisi rumah yang meliputi: tipe rumah, ventilasi, pencahayaan, kelembapan, lingkungan rumah, kebersihan, serta bagaimana sarana MCK.
- d. Struktur keluarga, pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga peran anggota keluarga, komunikasi dalam keluarga, sumber sumber kehidupan keluarga, dan sumber penunjang kesehatan lain nya.
- e. Fungsi keluarga, pada bagian ini mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan berdasarkan kemampuan keluarga yaitu :
 - a) Kemampuan keluarga mengenal masalah , meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala penyakit.
 - b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, sifat negatif terhadap masalah kesehatan, informasi yang salah.
 - c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, yaitu bagaimana keluarga menegtahui keadaan, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sikap keluarga terhadap yang sakit.
 - d) Kemampuan keluarga memelihara kesehatan, memodifikasi serta memelihara lingkungan.

- e) Kemampuan keluarga dalam menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan
2. Diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang keluarga. Diagnosa ini berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah keluarga yang dapat ditangani oleh perawat, dimana diagnosa nya diangkat berdasarkan masalah-masalah pada fungsi keluarga, struktur keluarga, dan lingkungan keluarga (Andarmoyo, 2012) dalam (Wahyuni et al., 2021) Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan Keluarga Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Proses skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978). Proses skoring dapat dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara sebagai berikut:

- a. Tentukan skor terlebih dahulu sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat
- b. Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5)

Skoring Skala Prioritas

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Skor Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Sumber: Bailon dan Maglaya (1978)

Tabel 2.3
Skoring diagnosis keperawatan

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

Sumber: Bailon dan Maglaya (1978)

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.