

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Manusia memiliki kebutuhan dasar untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya. Kebutuhan dasar manusia memiliki banyak kategori atau jenis. Salah satunya adalah kebutuhan fisiologi (seperti oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat, dan latihan). Kegagalan pemenuhan kebutuhan dasar menimbulkan kondisi yang tidak seimbang, sehingga diperlukan bantuan terhadap pemenuhannya kebutuhan dasar tersebut (Nopitasari & Mochammad, 2021).

Kebutuhan Maslow merupakan teori interdisiplin yang berguna untuk membuat prioritas asuhan keperawatan. Hierarki kebutuhan dasar manusia termasuk lima tingkat prioritas.

- a. Dasar paling bawah atau tingkat pertama, termasuk kebutuhan fisiologis, seperti udara, air, dan makanan aktivitas dan istirahat.
- b. Tingkat kedua yaitu kebutuhan keamanan dan perlindungan, termasuk juga keamanan fisik dan psikologis.
- c. Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan memiliki, termasuk di dalamnya hubungan pertemanan, hubungan sosial, dan hubungan cinta.
- d. Tingkat keempat yaitu kebutuhan akan penghargaan dan menghargai diri, termasuk juga kepercayaan diri, pendayagunaan, penghargaan, dan nilai diri.
- e. Tingkat terakhir merupakan kebutuhan untuk aktualisasi diri, keadaan pencapaian potensi, dan mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan beradaptasi dengan kehidupan Hierarki.

Hierarki Maslow berguna dalam menempatkan prioritas pasien. Kebutuhan dasar fisiologis dan keamanan biasanya merupakan prioritas pertama, terutama pada pasien dengan ketergantungan fisik berat. Akan tetapi, melainkan menghadapi situasi di mana pasien tidak memiliki kebutuhan keamanan dan kedaruratan fisik. Selain itu,

memberikan prioritas tertinggi pada kebutuhan fisiologi, sosiokultur, perkembangan, atau spiritual pasien. (Silistyowati,2017)

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh system tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal disamping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh seseorang. Kemampuan beraktivitas juga tidak lepas dari sistem persyarafan dan muskuloskeletal. Salah satu komponen ilmu pengetahuan dan keterampilan adalah mekanika.(Silistyowati, 2019)

Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan untuk bergerak dalam memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya sistem persyarafan, otot dan tulang, sendi serta faktor pendukung lainnya. (Wartolah 2015)

Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Istirahat sama pentingnya dengan kebutuhan aktivitas, setiap individu membutuhkan istirahat untuk memulihkan kembali kesehatannya , istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar. (Wartolah,2015)

Stroke Non Hemoragik dapat didahului oleh banyak faktor pencetus dan sering kali berhubungan dengan penyakit kronis yang menyebabkan masalah penyakit vaskular seperti jantung, hipertensi, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, dan stress (Nur Wakhidah, 2015).

Faktor risiko yang dapat diubah antara lain hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia. Hipertensi diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang melebihi batas tekanan darah normal. Hipertensi merupakan faktor risiko yang potensial pada kejadian stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak atau menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Pecahnya

pembuluh darah otak akan mengakibatkan perdarahan otak, sedangkan jika terjadi penyempitan pembuluh darah otak akan mengganggu aliran darah ke otak yang pada akhirnya menyebabkan kematian sel-sel otak. Keadaan ini dapat menyebabkan kerusakan di hemisfer kanan dan hemiparesis (hemiplegia) yang dapat menyebabkan rusaknya beberapa anggota gerak sehingga pasien mengalami bedrest total dan tidak dapat melakukan aktivitas sendiri misalnya pasien yang tidak mampu memakan dan melakukan higiene eliminasi secara mandiri (Sarani Dita, 2021)

B. Tinjauan asuhan keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan (Kozier, 2019).

Pengkajian tentang kebutuhan belajar dapat digali dari riwayat keperawatan, hasil pengkajian fisik dan informasi dari klien. Pengkajian dalam kegiatan pembelajaran yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara sistematis mengenai kebutuhan pembelajaran, kesiapan belajar dari individu dan keluarga, motivasi belajar dan kemampuan klien. (Nirman, 2017).

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan proses guna mengumpulkan informasi seperti status kesehatan pasien, kemampuan pasien dalam mengelola kesehatan dan perawatannya, serta hasil konsultasi atau pemeriksaan medis dari profesi kesehatan lainnya.

1) Data biografi

a) Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk RS, diagnosa medis, dan Alamat.

b) Identitas penanggung jawab

Meliputi pengkajian nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien dan alamat.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan dan mengganggu pasien. Keluhan utama akan menentukan prioritas intervensi dan mengkaji pengetahuan pasien tentang kondisinya saat ini. Keluhan utama yang didapat pada pasien stroke antara lain: kelemahan anggotagerak sebelah badan, tidak dapat berkomunikasi, gangguan sensorik dan motorik.

b) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian dalam riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan menggunakan metode PQRST. Metode ini meliputi hal-hal sebagai berikut :Pada pasien Stroke biasanya sering kali terjadi secara tiba-tiba, atau pada saat pasien sedang melakukan aktivitas, dan biasanya terjadi mual, muntah, bahkan kejang sampai penurunan tingkat kesadaran.

- (1) P: *Provokatif*, yaitu membuat terjadinya timbulnya keluhan pada pasien stroke seperti mengalami kelemahan otot.
- (2) Q: *Quality*, yaitu seberapa berat keluhan terasa
- (3) R: *Regional*, yaitu lokasi keluhan tersebut dirasakan pada pasien stroke non hemoragik terjadi kelemahan anggota gerak dibagian eskremitas atas dan bawah.
- (4) S: *Severity of scale*, intensitas keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, dan berat. Kelemahan anggota gerak dirasakan sedang.
- (5) T: *Time*, yaitu kapan keluhan mulai ditemukan atau dirasakan, berapa sering dirasakan atau terjadi, apakah secara bertahap, apakah keluhan berulang-ulang, bila berulang dalam selang waktu berapa lama hal itu untuk menentukan waktu dan durasi. Kelemahan anggota gerak terjadi secara tiba-tiba atau pada saat pasien sedang melakukan aktivitas.

c) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu memberikan informasi tentang riwayat kesehatan pasien dan anggota keluarganya. Adanya riwayat hipertensi, riwayat Stroke sebelumnya, atau komplikasi seperti diabetes melitus, penyakit jantung, anemia. Riwayat trauma kepala, kontrasepsional yang lama dan lainnya.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Menanyakan pasien adakah riwayat keluarga tentang penyakit pernapasan misalnya hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi dahulu.

e) Alergi

Seperti reaksi tak umum terhadap makanan, obat, hewan, tanaman, atau produk rumah tangga.

3) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sangat penting dalam pengumpulan data. Untuk mendapat informasi tentang masalah kesehatan yang potensial. Pada pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki atau *head to toe*.

- a) Keadaan umum: baik/buruk, kesadaran (composmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, koma)
- b) Suara/bicara: kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara.
- c) Tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.
- d) Kulit: jika kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit tampak jelek. Disamping itu, perlu juga dikaji tanda-tanda luka terutama pada bagian daerah yang menonjol karena pada pasien hemoragik biasanya harus tirah baring 2-3 minggu.
- e) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger* (bentuk kuku abnormal yang berbentuk bulat), dan *sianosis* (kebiruan)

- f) Rambut: umumnya tidak ada kelainan.
- g) Kepala: bentuk *normosefalik* (lingkar kepala diatas normal).
- h) Muka: umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi.
- i) Leher: kaku kuduk (kekakuan) jarang terjadi.
- j) Pemeriksaan dada : pernafasan didapatkan suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan, adanya hambatan jalan nafas.
- k) Pemeriksaan abdomen : didapatkan penurunan peristaltik usus akibat tirah baring yang lama, dan kadang terdapat kembung.
- l) Pemeriksaan ekstremitas: sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.
- m) Pemeriksaan neurologi
 - (1) Pemeriksaan nervus kranialis: umumnya terdapat gangguan nervus kranialis VII (fasialis : otot lidah penggerak sisi lidah dan selaput lender rongga mulut) dan nervus kranialis XII (hipoglossus : lidah, cita rasa, dan otot lidah). Biasanya penglihatan menurun, diplopia (penglihatan ganda), gangguan rasa pengecapan dan penciuman, paralisis (kelumpuhan) atau parese (gerakan) wajah.
 - (2) Pemeriksaan motorik: hampir selalu terjadi kelumpuhan dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh, kelemahan, kesemutan, kebas, gengaman tidak sama, apraksia (kesulitan gerakan mulut ketika berbicara).
 - (3) Pemeriksaan sensorik: dapat terjadi *hemihipestasi* (kurangnya rangsangan saat disentuh salah satu sisi) dan hilangnya rangsang sensorik kontralateral (seperti bagian tangan kanan, kaki kanan, dan tangan kiri, kaki kiri).
 - (4) Pemeriksaan refleks: pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflex fisiologis akan muncul kembali didahului dengan

refleks patologis.

- (5) Sinkop/pusing, sakit kepala, gangguan status mental/tingkat kesadaran, gangguan fungsi kognitif seperti penurunan memori, pemecahan masalah, afasia (gangguan berbicara), kejang, dan lain lain.

4) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan radiologi

- (1) CT scan: didapatkan hiperdensfokal, masuk ventrikel, menyebar ke permukaan otak, edema, iskemia, dan infark.
- (2) MRI: untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik.
- (3) Angiografi serebral: untuk mencari sumber perdarahan membantu menentukan penyebab stroke yang lebih spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
- (4) Pemeriksaan foto thoraks : dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas.

b) Pemeriksaan laboratorium

- (1) Fungsi darah rutin.
- (2) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia (kadar gula darah tinggi).
- (3) Pemeriksaan darah lengkap untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

c) Pergerakan sendi (*Move*)

Pergerakan sendi dikenal dengan dua istilah yaitu pergerakan aktif dan pasif. Pergerakan aktif merupakan pergerakan sendi yang dilakukan oleh pasien sendiri sedangkan gerakan pasif merupakan pergerakan sendi dengan bantuan pengkajian. Pada pergerakan dapat diperoleh informasi mengenai hal-hal

berikut:

- (1) Evaluasi gerak sendi secara aktif dan pasif. Apakah gerakan menimbulkan rasa sakit, apakah gerakan ini disertai dengan adanya krepitasi.
- (2) Stabilitas sendi titik terutama ditentukan oleh integritas kedua permukaan sendi dan keadaan ligumen yang mempertahankan sendi.
- (3) Pengkajian stabilitas sendi dapat dilakukan dengan memberikan tekanan pada ligamen kemudian gerakan sendi diamati (Uliyah, 2014).

d) Pemeriksaan kekuatan otot

Pemeriksaan dengan cara menilai bagian ekstremitas dan memberi tahanan atau mengangkat serta menggerakkan bagian otot yang akan dinilai, dalam memeriksa tonus otot perawat menggerakkan lengan atau tungkai di sendi lutut dan siku pasien, perawat perlu menggunakan kedua tangannya. Pemeriksaan tonus otot yang meningkat berarti membuat perawat kesulitan karena dalam melakukan pergerakan butuh sedikit tahanan (Muttaqin,2019).

Tabel 2.1

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 melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal.

Sumber : Muttaqin (2019)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNIT. P., SDKI.2016). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2016) Edisi diagnose keperawatan yang muncul yaitu :

- a. Gangguan mobilitas fisik
- b. Gangguan komunikasi verbal
- c. Gangguan Pola Tidur

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan

Diagnosis	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>1. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Gejala dan Tanda MayorDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan otot menurun • Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan Tanda MinorDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri saat beregerak • Enggan melakukan pergerakan • Merasa cemas saat beregerak <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sendi kaku • Gerakan tidak terkoordinasi • Gerakan terbatas • Fisik lemah 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173) Definisi: Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Observasi</u> <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 • <u>Terapeutik</u> <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 • <u>Edukasi</u> <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, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi)

Diagnosis	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>2. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119) Penurunan,perlambatan,atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol</p> <p>Gejala dan Tanda MayorDS: - DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mampu berbicara atau mendengar • Menunjukkan respon tidak sesuai </p> <p>Gejala dan Tanda MinorDS: - DO: <ul style="list-style-type: none"> • Afasia • Disfasia • apraksia • disleksia • disartia • Afonia • Dislalia • Pelo • Gagap • Tidak ada kontak mata • Sulit memahami komunikasi • Sulit mempertahankan komunikasi • Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh </p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengankriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas fisik yang direkomendasikan meningkat 2. Aktivitas yang tepat meningkat 3. Strategi untuk menyeimbangkan aktivitas dan istirahat meningkat 4. Teknik konservasi energi meningkat 5. Teknik pernapasan yang efektif meningkat 	<p>Promosi Komunikasi :Defisit Bicara (L.13492) Definisi: Menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Observasi</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progres kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi • <u>Terapeutik</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 4. Ulangi apa yang disampaikan 5. Gunakan juru bicara, <i>jika perlu</i> • Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

Diagnosis	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>3. Gangguan Pola Tidur (D.0055) Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh sulit tidur • Mengeluh sering terjaga • Mengeluh tidak puas tidur • Mengeluh pola tidur berubah • Mengeluh istirahat tidak cukup <p>DO: (tidak tersedia)</p> <p>Gejala dan Tanda Minor DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun <p>DO: (tidak tersedia)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur (I.054174) Definisi: Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Observasi</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis.kopi,teh,alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi • <u>Terapeutik</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan(mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga • <u>Edukasi</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur(mis.psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 3. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau ara nonfarmakologi.

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Pertami,2015).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2016).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase dimana perawat melakukan pendokumentasian tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang khusus, yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yangtelah ditetapkan.

Tujuan dari evaluasi:

- 1) Mengevaluasi status kesehatan pasien
- 2) Menentukan perkembangan tujuan perawatan
- 3) Menentukan efektivitas dan rencana keperawatan yang telah ditetapkan
- 4) Sebagai dasar untuk menentukan diagnosis keperawatan sudah tercapai atau tidak, atau adanya perubahan diagnosis.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Gangguan serebrovaskuler ini menunjukkan beberapa kelainan otak, baik secara fungsional maupun struktural, yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Susilo, 2019).

Menurut WHO (World Health Organization) stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas secara vaskuler.

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke non-hemoragik dan hemoragik. Stroke non-hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Penyebab terjadinya stroke non-hemoragik ini adalah karena kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen ke jaringan otak. Dan bisa juga disebabkan karena trombosis dan emboli. Sedangkan stroke hemoragik terjadi karena adanya perdarahan intrakranial (perdarahan di dalam tengkorak). Dengan gejala peningkatan tekanan darah sistol >200 mmHg pada hipertoni dan 180 mmHg pada Normotoni, bradikardi, wajah keunguan, sianosis dan pernafasan.

2. Etiologi/Penyebab Stroke

a. Emboli

Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau katupnya. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan akhirnya tersumbat di dalam sebuah arteri (kecil). Stroke karena sumbatan emboli jarang terjadi.

b. Infeksi

Stroke juga bias terjadi bila suatu pandangan atau infeksi menyebabkan

menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, peradangan juga bisa dipicu oleh asam urat (penyebab rematik gout) yang berlebih dalam darah.

c. Obat-obatan

Obat-obatan pun dapat menyebabkan stroke, seperti kokain, amfetamin, epinefrin, adrenalin, dan sebagainya dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke. Fungsi obat-obatan di atas menyebabkan kontraksi arteri sehingga diameternya mengecil.

d. Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika tekanan darah rendahnya berat dan menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

3. Faktor Resiko Stroke

Beberapa faktor penyebab stroke antara lain :

- a. Hipertensi, merupakan faktor risiko utama
- b. Penyakit kardiovaskuler-embolisme serebral berasal dari jantung
- c. Kolesterol tinggi
- d. Obesitas
- e. Peningkatan hematokrit meningkatkan risiko infark serebral
- f. Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi)
- g. Merokok atau minuman keras
- h. Menyalahgunakan obat khususnya (kokain)

4. Klasifikasi

Klasifikasi stroke dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Stroke hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarakhnoid. Yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu dan biasanya juga terjadi karena melakukan aktivitas saat aktif, namun juga bisa terjadi karena istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun titik perdarahan otak

dibagi menjadi dua yaitu:

1) Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi yang mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak sehingga membuat massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak dan titik peningkatan TIK (tekanan intracranial yang terjadi di dalam rongga kepala).

2) Perdarahan subaraknoid

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah itu berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabang yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya keruangan subaraknoid sehingga menyebabkan TIK meningkat dan mendadak, merenggangnya struktur peka nyeri dan vasospasme (kondisi pembuluh darah di otak mengalami kejang dan menjepit yang menghentikan aliran darah ke otak), yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun focal (hemiparesis, afasia, dan lain-lain) (Mutaqqin, 2011).

b. Stroke non hemoragik

Stroke ini dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi pada saat setelah lama beristirahat, dan bisa juga karena baru bangun tidur pagi. Tidak terjadinya perdarahan namun terjadi kimia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik (Mutaqqin, 2011)

5. Patofisiologi

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateromi) dilokasi yang terbatas seperti ditempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga membentuk thrombus.

6. Manifestasi klinis

Menurut (Susilo, 2019) manifestasi klinis stroke adalah:

a. Gangguan pada pembuluh darah karotis pada cabang menuju otak bagian

- tengah (arteri serebri media)
- b. Pada cabang menuju otak bagian depan (Arteri serebri anterior)
 - c. Pada cabang menuju otak bagian belakang (arteri serebri posterior)
 - d. Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris: Sumbatan/gangguan pada arteri serebri posterior
 - e. Sumbatan/gangguan pada arteri vertebralis: Bila sumbatan pada sisi dominan dapat terjadi sindrom wallen berg. Jika pada sisi tidak dominan tidak menimbulkan gejala.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Susilo,2019) pemeriksaan yang dilakukan yaitu:

- a. CT scan merupakan pemeriksaan baku untuk membedakan infark dengan pendarahan.
- b. Scan resonansi magnetik (MRI) lebih sensitif dari CT scan dalam mendeteksi infark serebri dini dan infark batang otak.
- c. Ekokardiografi untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung. Pada pasien, ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih mendetail, terutama kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta lebih sensitif untuk mendeteksi thrombus mural atau vegetasi katup.
- d. Ultrasonografi doppler karotis diperlukan untuk menyingkirkan stenosis karotis yang simtomatis serta lebih dari 70% yang merupakan indikasi untuk enarterektomi karotis.
- e. Ultrasonografi doppler transkranial dapat dipakai untuk mendiagnosis oklusi atau stenosis arteri intrakranial besar. Gelombang intrakranial yang abnormal dan pola aliran kolateral dapat juga dipakai untuk menentukan apakah suatu stenosis pada leher menimbulkan gangguan hemodinamik yang bermakna.
- f. Angiografi resonansi magnetik dapat dipakai untuk mendiagnosis atau oklusi arteri ekstrakranial atau intrakranial.
- g. Pemantauan holter dapat dipakai untuk mendeteksi fibrilasi atrium intermiten.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Susilo,2019) pada stroke yaitu sebagai berikut:

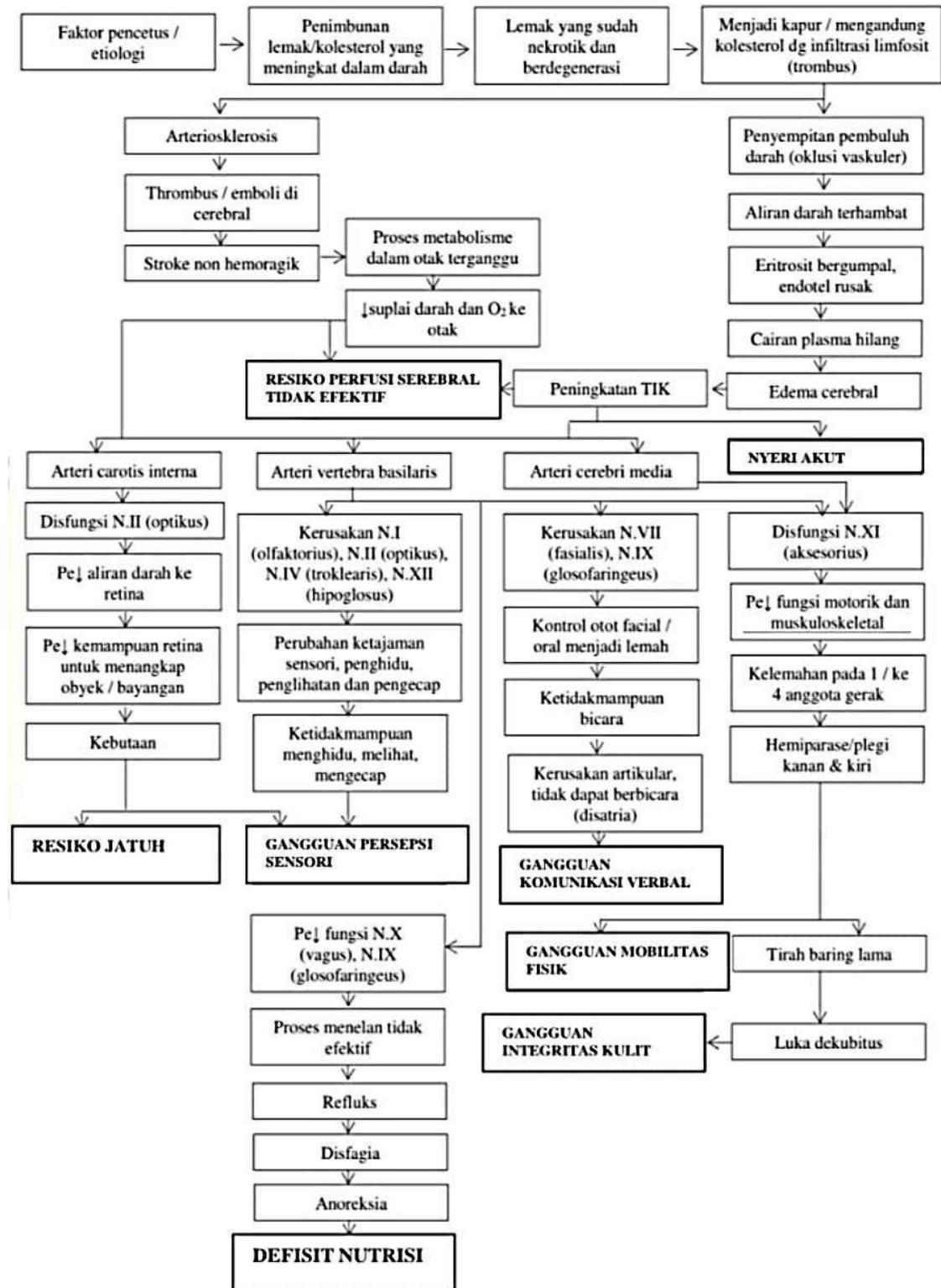
a. Penatalaksanaan umum

- 1) Hidrasi intravena: koreksi dengan NaCl 0,9% jika hipovolemik.
- 2) Hiperglikemia: koreksi dengan insulin, bila stabil beri insulin regular subkutan.
- 3) Neuro rehabilitasi dini: stimulasi dini secepatnya secepatnya dan fisioterapi gerak anggota badan aktif maupun pasif.
- 4) Perawatan kandung kemih: kateter menetap hanya pada keadaan khusus (kesadaran menurun, demensia, dan afasia global)

b. Penatalaksanaan khusus

- 1) Trombosis rt-PA intravena/intraarterial pada < 3 jam setelah awitan stroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90mg) sebanyak 10% dosis awal diberi sebagai bentuk bolus, sisanya dilanjutkan melalui infuse dalam waktu 1jam.
- 2) Antiplatelet : asam salisilat 160-325 mg/hari 48 jam setelah awitan stroke atau clopidogrel 75mg/hr.
- 3) Hipertensi : tekanan darah diturunkan apabila tekanan sistolik > 220 mmHg dan atau tekanan diastolic >120mmHg dengan penurunan maksimal 20% dari tekanan arterial rata-rata (MAP) awal perhari.
- 4) Thrombosis vena dalam:
 - a) Heparin 5000 unit/12 jam selama 5-10 hari.
 - b) *Low molecular weight* heparin (enoksaparin/nadroparin) 2x0,3-0,4 IUSC abdomen.
 - c) Pneumatic boots, stoking elastic, fisioterapi, dan mobilisasi.

Pathway



Bagan 2.1 Pathway

Stroke Non Hemoragik (Kimi 2022)