

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar diperlukan untuk kelangsungan hidup manusia. Ada banyak jenis kebutuhan dasar manusia. Di antaranya adalah kebutuhan fisiologis, yang meliputi (oksigen, air, makanan, ekskresi, aktivitas, relaksasi, dan olahraga). Bantuan diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dasar karena mengabaikannya akan menyebabkan keadaan tidak seimbang (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 dalamnya hubungan pertemanan, hubungan sosial, dan hubungan cinta.
- d. Tingkat keempat yaitu kebutuhan akan penghargaan dan penghargaan 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.

2. Konsep Kebutuhan Aktivitas

a. Definisi kebutuhan aktivitas

Kemampuan untuk beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dimiliki oleh setiap orang. Keterampilan tersebut meliputi berjalan, bekerja, berdiri, dan sebagainya. Kemampuan untuk beraktivitas dapat membantu tubuh tetap sehat, memastikan bahwa

semua sistemnya berfungsi secara efektif, dan mengoptimalkan metabolisme tubuh. Selain itu, citra tubuh dan rasa harga diri seseorang dapat dipengaruhi oleh mobilitasnya. Selain itu, sistem saraf dan muskuloskeletal terkait erat dengan kapasitas untuk beraktivitas. Mekanika merupakan salah satu aspek ilmu dan kemampuan. (Silistyowati, 2019).

Aktivitas adalah merupakan suatu kebutuhan dasar manusia hidup, setiap individu mempunyai irama atau pola dalam melakukan aktivitas sendiri-sendiri, tanda individu dikatakan sehat salah-satunya yaitu adanya kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas seperti bekerja, personal hygiene, rekreasi, makan minum dan sebagainya (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

b. Fisiologi pergerakan

Pergerakan adalah urutan tindakan terkoordinasi antara sistem neurologis dan sistem muskuloskeletal dalam tubuh. (Mubarak, 2015).

1) Sistem muskuloskeletal

Sistem ini, yang terdiri dari tulang, otot, dan sendi, sangat penting bagi pergerakan dan aktivitas manusia. Secara umum, rangka memiliki fungsi sebagai berikut:

- a) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh).
- b) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru, hati, dan medula spinalis.
- c) Sebagai tempat melekatnya otot, tendon dan ligamen.
- d) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat, dan lemak.
- e) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah)

2) Sistem persarafan

Menurut Hermanto (2023), sistem saraf merupakan sistem utama pengatur dalam tubuh dan bertugas mengoordinasikan dan mengelola berbagai fungsi tubuh. Sistem saraf mempunyai beberapa fungsi sebagai berikut:

- a) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat.
 - b) Sel saraf (neuron), berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya.
 - c) Sistem saraf pusat (SSP), berfungsi memproses impuls dan kemudian memberikan respons melalui saraf eferen.
 - d) Saraf eferen, berfungsi menerima respons dari sistem saraf pusat kemudian meneruskannya ke otot rangka.
- c. Gangguan gangguan yang terjadi

Menurut Nopitasari dan Mochammad (2021), ada 3 faktor penyebab gangguan tersebut, diantaranya:

1) Kerusakan otot

Kerusakan ini meliputi kerusakan anatomi dan fisiologis pada otot. Selama proses pergerakan, otot menyediakan energi dan sumber daya. Kerusakan pada otot akan mencegah pergerakan jika otot tegang. Sejumlah faktor, termasuk trauma langsung dari benda tajam yang membahayakan kontinuitas otot, dapat menyebabkan cedera pada otot, peradangan, cedera pada tendon atau ligamen, dan banyak lagi.

2) Gangguan pada skelet

Dalam beberapa keadaan, kerangka yang berputar dan mendukung gerakan mungkin menjadi sangat terganggu sehingga mengganggu mobilisasi atau gerakan. Banyak penyakit, seperti radang sendi, kekakuan sendi, patah tulang, dan lainnya, dapat mengubah ukuran, struktur, atau fungsi sistem rangka.

3) Gangguan pada persyarafan

Penyaluran impuls dari dan ke otak dipermudah oleh saraf. Impuls ini berfungsi sebagai instruksi dan sarana sinkronisasi otak-anggota tubuh. Penyaluran impuls dari dan ke organ sasaran akan terganggu jika saraf mengalami kerusakan, yang akan menyebabkan penurunan mobilitas.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi

kebutuhan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat dikategorikan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. (Parni, 2017).

1) Faktor Internal:

a) Fisiologis (Kondisi Jasmani)

Keadaan fisik individu, seperti kesehatan, kebugaran jasmani, dan kondisi tubuh secara umum, mempengaruhi kemampuan dan kebutuhan seseorang dalam beraktivitas. Misalnya, individu dengan kondisi kesehatan yang baik cenderung memiliki kebutuhan aktivitas yang lebih tinggi.

b) Psikologis

Aspek-aspek seperti motivasi, minat, persepsi, dan sikap individu terhadap suatu aktivitas sangat mempengaruhi seberapa besar kebutuhan mereka untuk terlibat dalam aktivitas tersebut. Motivasi yang tinggi dapat mendorong seseorang untuk lebih aktif.

2) Faktor eksternal:

a) Lingkungan sosial

Interaksi dengan keluarga, teman, dan masyarakat sekitar dapat mempengaruhi kebutuhan aktivitas seseorang. Dukungan sosial dan norma yang berlaku dalam lingkungan sosial dapat mendorong atau menghambat seseorang dalam beraktivitas.

b) Lingkungan fisik

Ketersediaan fasilitas, kondisi geografis, dan infrastruktur yang mendukung atau menghambat pelaksanaan aktivitas fisik atau lainnya juga berperan penting. Misalnya, akses ke taman atau pusat kebugaran dapat meningkatkan kebutuhan seseorang untuk berolahraga.

c) Budaya dan kebiasaan

Nilai-nilai budaya dan kebiasaan yang dianut oleh individu atau masyarakat dapat mempengaruhi jenis dan intensitas aktivitas yang dianggap penting atau dibutuhkan.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut teori keperawatan yang dikemukakan oleh Potter dan Perry (2017), pengkajian pasien dengan stroke non-hemoragik harus mencakup beberapa aspek utama berikut:

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah proses memperoleh informasi tentang pasien, termasuk kondisi kesehatan mereka, kapasitas mereka untuk mengelola perawatan mereka, dan hasil pemeriksaan medis atau konsultasi dengan profesional 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.

c) Riwayat kesehatan

2) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling kuat dirasakan pasien dan mengganggu. Keluhan utama akan menentukan prioritas intervensi dan mengukur kesadaran pasien terhadap kondisi mereka saat ini. Kelemahan anggota tubuh sebelah, kesulitan berkomunikasi, dan kelainan sensorik dan motorik merupakan beberapa keluhan yang paling umum di antara korban stroke.

3) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian dalam riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan menggunakan metode PQRST. Pasien yang terserang stroke biasanya mengalami mual, muntah, dan terkadang kejang yang menurunkan tingkat kesadaran mereka. Stroke biasanya terjadi secara tiba-tiba atau saat pasien sedang beraktivitas.

- a) P: Provokatif, yaitu membuat timbulnya keluhan pada pasien stroke seperti mengalami kelemahan otot.
- b) Q: *Quality*, yaitu seberapa berat keluhan terasa
- c) R: Regional, yaitu lokasi keluhan tersebut dirasakan pada pasien stroke non hemoragik terjadi kelemahan anggota gerak dibagian esktremitas atas dan bawah.
- d) S: *Severity of scale*, intensitas keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, dan berat. Kelemahan anggota gerak dirasakan sedang.
- e) 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.

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat medis pasien dan anggota keluarganya terungkap dari catatan medis sebelumnya. Hipertensi, stroke sebelumnya, atau penyakit penyerta termasuk diabetes melitus, penyakit jantung, atau anemia.

5) Riwayat kesehatan keluarga

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

6) Alergi

Seperti reaksi aneh terhadap barang-barang rumah tangga, hewan, tanaman, masakan, atau obat-obatan.

7) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dan dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Kesadaran klien juga diamati apakah kompos mentis, apatis, samnolen, delirium, semi koma atau koma.

b) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan meliputi (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu), umumnya pasien mengalami peningkatan pada tekanan darah, nadi, dan respirasinya.

c) Kepala dan muka

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati bentuk kepala, kesimetrisan wajah, amati warna dan keadaan rambut mengenai kebersihan, amati apakah terdapat edema atau bekas luka di muka.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji kerontokan pada rambut, kaji pembengkakan pada muka, kaji adakah benjolan.

d) Mata

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati kesimetrisan mata kanan dan kiri, mata juling ada/tidak, konjungtiva merah muda atau anemis, sklera ikterik/putih, pupil kanan dan kiri isokor, refleks pupil terhadap cahaya miosis/mengcil.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji adanya nyeri tekan atau peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata.

e) Telinga

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati kesimetrisan telinga kanan dan kiri, mengamai menggunakan alat pendengaran atau tidak, warna telinga dengan daerah sekitar, ada atau tidaknya

luka, ada tidaknya perdarahan, kebersihan telinga amati ada tidaknya serumen.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji ada atau tidaknya nyeri tekan.

f) Hidung

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati keberadaan septum apakah tepat di tengah, kaji adanya massa abnormal dalam hidung dan adanya sekret.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji adanya fraktur dan nyeri saat di tekan pada hidung.

g) Mulut

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati bibir apa ada kelainan kogenital (bibir sumbing), warna bibir, kesimetrisan, kelembaban, sianosis atau tidak, pembengkakkan, lesi, amati adanya stomatitis pada mulut, amati jumlah dan bentuk gigi, gigi berlubang, warna gigi, lidah, dan kebersihan gigi.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji terdapat nyeri tekan pada pipi dan mulut bagian dalam.

h) Leher

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati adanya luka, kesimetrisan, massa abnormal.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji adanya pembesaran vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid.

i) Payudara & ketiak

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati kesimetrisan payudara kanan kiri, mengamati kebersihan ketiak, amati ada luka/tidak.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji apakah ada nyeri saat ditekan.

j) Paru-paru

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama,

kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/penonjolan, RR mengalami peningkatan.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji vocal fremitus kanan dan kiri sama atau tidak.

Perkusi: pada pemeriksaan perkusi normalnya berbunyi sonor.

Auskultasi: pada pemeriksaan auskultasi normalnya terdengar vasikuler pada kedua paru dan dengarkan apakah ada suara tambahan.

k) Jantung

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi mengamati ictus cordis tampak atau tidak.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji apakah ICS teraba atau tidak.

Perkusi: pada pemeriksaan perkusi normalnya terdengar pekak.

Auskultasi: pada pemeriksaan auskultasi biasanya terdengar murmur.

l) Abdomen

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati ada atau tidaknya luka, jaringan parut ada atau tidak, amati letak umbilikus, amati warna kulit.

Auskultasi: pada pemeriksaan auskultasi dengarkan bising usus normal atau tidak (5 sampai 20x/menit).

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji ada atau tidaknya nyeri tekan.

Perkusi: pada pemeriksaan perkusi kaji suara apakah timpani atau hipertimpani.

m) Intergumen

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati warna kulit, kelembapan, amati turgor kulit.

Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji akral hangat atau dingin, CRT (*Capillary Refill Time*) pada jari normalnya > 2 detik.

n) Ekstermitas

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi kaji kekuatan dan tonus otot, amati jumlah jari-jari pada tangan dan kaki, adakah fraktur.

Palpas: pada pemeriksaan palpasi kaji ada atau tidaknya edema.

o) Genetali

Inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati apakah terpasang kateter atau tidak.

8) Pemeriksaan neurologi

Tabel 2. 1 Dua Belas (12) Syaraf Kranial

No.	Nama Saraf Kranial	Fungsi
1	Olfaktorius	Penciuman
2	Optikus	Penglihatan
3	Okulomotorius	Gerakan bola mata, konstriksi pupil, buka kelopak mata
4	Troklearis	Gerakan bola mata ke bawah dan ke samping
5	Trigeminal	Sensasi wajah, mulut, dan kepala; kontrol otot kunyah
6	Abduse	Gerakan bola mata ke arah lateral (samping luar)
7	Fasialis	Ekspresi wajah, sekresi air liur & air mata, pengecapan
8	Vestibulokoklear	Pendengaran dan keseimbangan
9	Glosofaringeus	Pengecapan (1/3 posterior lidah), menelan, sekresi air liur
10	Vagus	Kontrol organ dalam (jantung, paru, pencernaan), menelan, suara
11	Aksesorius	Gerakan otot leher dan bahu (sternocleidomastoid dan trapezius)
12	Hipoglosus	Gerakan lidah

9) Pemeriksaan motorik

Hampir selalu terjadi kelumpuhan dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh, kelemahan, kesemutan, kebas, genggaman tidak sama, apraksia (kesulitan gerakan mulut ketika berbicara).

10) Pemeriksaan sensorik

Dapat terjadi hemihipostasi (kurangnya rangsangan saat disentuh salah satu sisi) dan hilangnya rangsang sensorik kontralateral (seperti bagian tangan kanan, kaki kanan, dan tangan kiri, kaki kiri).

11) Pemeriksaan refleks

Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflex fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

12) Pemeriksaan laboratorium

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

13) Pemeriksaan kekuatan otot

Pemeriksaan dengan cara menilai ekstremitas dan memberikan tahanan atau mengangkat dan menggerakkan otot yang akan dinilai, dalam pemeriksaan tonus otot perawat menggerakan lengan atau tungkai pada sendi lutut dan siku pasien, perawat perlu menggunakan kedua tangan. (Muttaqin,2019).

Tabel 2. 2 Penilaian Kekuatan Otot

Nilai kekuatan otot	Keterangan
0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali
1	teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan anggota gerak sama sekal
2	Dapat menggerakan anggota gerak tetapi tidak kuat menahan berat dan tidak dapat melawan tekanan pemeriksa
3	Dapat menggerakan anggota gerak untuk menahan berat, tetapi dapat menggerakan anggota badan untuk melawan tekanan pemeriksa
4	Dapat menggerakan sendi dengan aktif untuk menahan berat dan mampu melawan tekanan
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal

Sumber: Muttaqin (2019)

14) Pemeriksaan *Barthel Index*

Barthel Index adalah instrumen yang digunakan untuk menilai tingkat kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADL*). Skor ini sering digunakan dalam bidang rehabilitasi medis, terutama untuk pasien dengan gangguan neurologis seperti stroke, cedera otak, atau kondisi yang memengaruhi mobilitas dan fungsi sehari-hari.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosis ini menjadi dasar bagi perawat untuk menentukan intervensi keperawatan guna mencapai hasil yang diinginkan. (NANDA International, 2021) Menurut standar diagnosis keperawatan indonesia SDKI (2016) diagnosis yang muncul yaitu:

- a. Gangguan mobilitas fisik
- b. Gangguan persepsi sensori
- c. Risiko jatuh
- d. Gangguan komunikasi verbal
- e. Defisit perawatan diri

3. Intervensi Keperawatan

Menurut SIKI (2018), intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Intervensi keperawatan aktivitas menggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) bertujuan untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan. Adapun intervensi dari diagnosis keperawatan diatas adalah, sebagai berikut.

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan

Diagnosis	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0045) Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Gejala dan Tanda mayor DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan Tanda minor DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat beregerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat beregerak <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042), 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) Dilakukan bertujuan untuk 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 peregerakan. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur. 2. Mobilisasi: 3. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 4. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi dengan fisioterapi

Diagnosis	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>Gangguan persepsi sensori (D.0112) Definisi: Perubahan dalam jumlah, pola, atau interpretasi stimulus sensori yang terjadi karena gangguan neurologis atau sensorik.</p> <p>Gejala dan Tanda mayor DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pengecapan <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu <p>Gejala dan tanda minor DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan kesal 2. Menyendiri 3. Melamun 4. Konsentrasi buruk 5. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi 6. Curiga 7. Melihat kesatu arah 8. Mondar mandir 9. Bicara sendiri <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Glaukoma 2. Trauma okuler 3. Trauma pada saraf kranialis II, III, IV akibat stroke 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan Persepsi sensori membaik(L.09083), dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Vernalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun 6. Distorsi sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Respons sesuai stimulus membaik 	<p>Minimalisasi rangsangan(I.08241) Dilakukan bertujuan untuk mengurangi jumlah atau pola rangsangan yang ada (baik internal atau eksternal).</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) 3. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) 4. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 5. Kombinasikan prosedur tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dalam meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) 2. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

Diagnosis	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>Risiko jatuh (D.0143)</p> <p>Definisi: Berasiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.</p> <p>Faktor risiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Perubahan kadar glukosa darah 6. Anemia 7. Kekuatan otot menurun 8. Gangguan pendengaran 9. Gangguan keseimbangan 10. Gangguan penglihatan <p>Gejala dan Tanda mayor DS: (tidak tersedia)</p> <p>DO: (tidak tersedia)</p> <p>Gejala dan Tanda minor DS: (tidak tersedia)</p> <p>DO: (tidak tersedia)</p> <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osteoporosis 2. Kejang 3. Penyakit sebrovaskuler 4. Katarak 5. Glaukoma 6. Demensia 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138), dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat dipindahkan menurun 6. Jatuh saat naik tangga menurun 7. Jatuh saat dikamar mandi menurun 8. Jatuh saat membungkuk menurun 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540) Dilakukan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko pasien terjatuh akibat perubahan kondisi fisik, atau psikologis.</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

Diagnosis	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>Gangguan komunikasi verbal (D.0119)</p> <p>Definisi: Penurunari, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan sirkulasi serebral 2. Gangguan neuromuskuler 3. Gangguan pendengaran 4. Gangguan muskuloskeletal 5. Kelainan palatum Hambatan fisik <p>Gejala dan Tanda mayor</p> <p>DS: (tidak tersedia)</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>DS: (tidak tersedia)</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 6. Aftonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Sulit memahami komunikasi 11. Sulit mempertahankan komunikasi 12. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera otak 3. Kelainan intelektual 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan dixsi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) <p>Terapeutik:</p> <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. Ulangi apa yang disampaikan pasien 4. Berikan dukungan psikologis <p>Edukasi:</p> <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 <p>Kolaborasi:</p> <p>Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>	<p>Promosi komunikasi: defisit bicara (I. 13492)</p> <p>Dilakukan bertujuan untuk menggunakan Teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara.</p>

Diagnosis	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>Defisit perawatan diri (D.0109)</p> <p>Definisi: Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis/psikotik 5. Penurunan motivasi <p>Gejala dan Tanda mayor DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan diri <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Depresi 4. Arthritis reumatoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia gangguan amnestik <p>Gejala dan tanda minor DS:</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>DO:</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Depresi 4. Arthritis reumatoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia gangguan amnestik 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103), dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Dilakukan bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri.</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Sumber: SDKI, SIKI, SLKI

4. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi keperawatan merupakan proses di mana perawat melaksanakan dan mencatat tindakan keperawatan yang diperlukan untuk menjalankan intervensi (program keperawatan). Pada tahap ini, perawat melaksanakan atau mendelegasikan intervensi yang telah direncanakan dalam tahap perencanaan. Tahap implementasi diakhiri dengan pendokumentasian tindakan keperawatan yang dilakukan serta respons pasien terhadap tindakan tersebut (Nursalam, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Potter dan Perry (2017), Setelah pasien menjalani perawatan, hasil evaluasi keperawatan pada pasien stroke non-hemoragik menunjukkan beberapa kemajuan yang positif. Dalam hal mobilitas fisik, pasien menunjukkan peningkatan meskipun terbatas. Gerakan ekstremitas yang terpengaruh mulai bisa dilakukan dengan bantuan, dan meskipun belum sepenuhnya bebas bergerak, ada tanda-tanda kemajuan yang menjanjikan. Ini menunjukkan bahwa dengan dukungan lebih lanjut, mobilitas pasien bisa terus meningkat. Di sisi lain, kekuatan otot juga menunjukkan perbaikan, meskipun peningkatannya masih terbatas. Pasien dapat merasakan sedikit perbedaan dalam kekuatan ototnya, namun untuk mencapai kekuatan optimal, latihan lebih lanjut sangat dibutuhkan. Terapi yang lebih intensif tentu akan membantu dalam proses pemulihan ini. Untuk rentang gerak, ada perbaikan yang positif. Pasien mulai dapat menggerakkan sendi-sendi yang sebelumnya lebih terbatas, meskipun beberapa gerakan masih membutuhkan bantuan.. Sementara itu, gerakan terbatas yang sebelumnya lebih terasa mulai berkurang, meskipun pasien masih memerlukan bantuan untuk melakukan beberapa gerakan. Ini menunjukkan ada kemajuan, meskipun progresnya masih perlu terus didorong. Terakhir, dukungan mobilisasi dini terbukti membantu meningkatkan rasa percaya diri pasien dan sedikit banyak memperbaiki pergerakan ekstremitas. Meskipun dalam masa perawatan hasilnya belum maksimal, dukungan mobilisasi ini tetap merupakan langkah penting yang perlu diteruskan untuk membantu pasien bergerak lebih bebas.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Stroke

Stroke adalah kondisi neurologis di mana arteri darah tersumbat di otak, gumpalan terbentuk dan mengganggu aliran darah, menyumbat arteri, memecah pembuluh darah, dan mengakibatkan pendarahan. Ketika arteri yang memasok otak pecah selama stroke, sel-sel otak tiba-tiba mati karena kekurangan oksigen. Stroke adalah gangguan aktivitas saraf yang disebabkan oleh perubahan aliran darah ke otak. Bergantung pada lokasi yang terkena, stroke dapat terjadi dengan cepat dalam beberapa jam atau tiba-tiba dalam beberapa detik, disertai gejala atau tanda (Suprapto, 2022).

2. Klasifikasi Stroke

Secara klinis stroke dapat dibagi atas dua jenis yaitu stroke Non hemoragik dan stroke hemoragik (Hutagalung, 2019).

a. Stroke non hemoragik (iskemik)

Stroke non-hemoragik (iskemik) secara patofisiologis didefinisikan sebagai kematian jaringan otak akibat aliran darah yang tidak mencukupi. Kehilangan neurologis terfokus yang terjadi secara akut, berlangsung lebih dari 24 jam, dan tidak disebabkan oleh perdarahan dikenal secara klinis sebagai stroke non-hemoragik (iskemik). Fitur klinis dan kausatif digunakan untuk mengkategorikan stroke non-hemoragik.

1) Berdasarkan manifestasi klinis:

- a) Serangan iskemik sepintas atau *transient ischemic attack* (TIA).pada bentuk ini gejala neurologic yang timbul akibat gangguan peredaran darah diotak akan menghilang dalam waktu 24 jam.
- b) Defisit neurologi iskemik sepintas atau *reversible ischemic neurological deficit* (RIND). gejala neurologic yang timbul akan menghilang dalam waktu lebih lama dan 24 jam, tapi tidak lebih seminggu.

- c) Stroke progresif (progressive stroke/stroke in evolution). gejala neurologic makin lama makin berat.
 - d) Stroke komplit (complete stroke).gejala klinis sudah menetap.
- 2) Berdasarkan kasual
- a) Stroe trombotik
- Salah satu jenis stroke yang disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah yang menghubungkan jantung dan otak disebut stroke trombotik. Akibat tekanan darah tinggi dan kolesterol, aterosklerosis dapat menjadi penyebabnya.
- b) Stroke emboli atau non trombotik
- Jenis stroke ini terjadi ketika emboli yang dapat terdiri dari fibrin, bekuan trombosit, atau partikel kolesterol, menyumbat saluran darah yang lebih kecil yang merupakan cabang dari arteri utama yang memasok darah ke otak. Tanpa aliran darah, area otak yang terkena akan membeku dan berhenti berfungsi.
- b. Stroke hemoragik
- Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan non traumatic di otak, stroke hemoragik dibagi atas :
- 1) Pendarahan intra serebral
- Perdarahan primer yang tidak disebabkan oleh trauma dan berasal dari pembuluh darah di parenkim otak. Penyebab utama perdarahan ini adalah hipertensi. Mikroaneurisma di sepanjang arteri dapat berkembang pada hipertensi persisten. Arteri ini dapat robek atau pecah.
- 2) Perdarahan sub arachnoidal (PSA)
- PSA adalah keadaan akut dimana terdapatnya atau masuknya darah kedalam ruangan subaraknoid atau keselaput otak.

3. Etiologi Stroke

Menurut Kusyani (2022), penyebab stroke yaitu:

- a. Trombosis (bekuan cairan di pembuluh darah otak), emboli serebral (bekuan darah), dan iskemia (berkurangnya suplai darah ke otak) adalah tiga komponen stroke iskemik.
- b. Hemoragik serebral, yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.

4. Faktor Risiko Stroke

Menurut Hutagalung (2019), faktor risiko stroke dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

- 1) Umur

Meskipun stroke dapat terjadi pada orang-orang dari segala usia, risiko mengalaminya meningkat seiring bertambahnya usia. Penumpukan plak di pembuluh darah merupakan penyebabnya.

- 2) Jenis kelamin

Dengan rasio 1,3:1, stroke lebih banyak menyerang pria daripada wanita, kecuali pada masa menopause, ketika rasinya hampir sama. Namun, wanita menyumbang hampir setengah dari kematian akibat stroke, dan wanita yang mengonsumsi pil KB atau sedang hamil lebih mungkin terkena stroke.

- 3) Riwayat keluarga

Jika ada riwayat keluarga yang terkena stroke, ada kemungkinan lebih tinggi bahwa karakteristik genetik akan diturunkan dari orang tua kepada anak, sehingga meningkatkan risiko stroke. Anggota keluarga juga lebih mungkin rentan terhadap penyakit, termasuk yang merupakan faktor risiko stroke.

- 4) Ras

Orang kulit hitam lebih beresiko terkena stroke dibandingkan orang kulit putih, hal ini disebabkan orang kulit hitam lebih beresiko untuk menderita darah tinggi, diabetes dan obesitas.

5) Riwayat stroke sebelumnya

Seseorang yang pernah mengalami stroke memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami stroke lagi; sekitar 10% penyintas stroke akan mengalami stroke lagi dalam kurun waktu satu tahun.

b. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Hipertensi

Selain mengganggu aliran darah ke otak dan menyebabkan kematian sel otak, hipertensi dapat menyebabkan arteri darah otak pecah atau menyempit, yang dapat mengakibatkan pendarahan otak.

2) Diabetes melitus (DM)

Akibat masalah metabolisme glukosa sistemik, diabetes melitus dapat menebalkan dinding arteri darah besar di otak. Hal ini dapat mempersempit diameter saluran darah dan mengganggu aliran darah normal ke otak, yang pada akhirnya menyebabkan infark sel otak.

3) Penyait jantung

Penyakit jantung dapat menimbulkan hambatan atau sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel atau jaringan yang telah mati kedalam aliran darah.

4) Hiperkolesterolemia

Meningkatnya kadar kolesterol dalam darah, menyebabkan terjadinya aterosklerosis, yaitu menebalnya dinding pembuluh darah yang kemudian diikuti penurunan elastisitas pada pembuluh darah.

5) Merokok

Nikotin pada rokok dapat menyebabkan menurunnya kadar oksigen dalam darah dan merusak dinding pembuluh darah sehingga memicu terjadinya penggumpalan darah.

6) Obesitas

Kurangnya aktivitas fisik dan obesitas dapat meningkatkan untuk mengalami hipertensi, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, penyakit jantung dan stroke.

7) Alcohol

Pada alkoholik dapat mengalami hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia.

8) Stress fisik dan mental

Situasi stres yang meningkatkan produksi hormon kewaspadaan tubuh dapat menyebabkan aterosklerosis dan stroke. Stres yang tidak dikelola dengan baik menyebabkan tubuh bereaksi berlebihan, melepaskan hormon yang membuat tubuh waspada. Peningkatan produksi hormon kewaspadaan ini juga memengaruhi tekanan darah dan detak jantung yang tinggi.

5. Patofisiologi Stroke

Infark serebral terjadi ketika aliran darah ke bagian otak tertentu berkurang. Akibat faktor risiko penyebab stroke, seperti pola hidup tidak sehat, tekanan darah tinggi, diabetes, penyakit jantung, dan lain-lain, ukuran dan lokasi pembuluh darah serta efektivitas sirkulasi kolateral ke area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat menentukan luasnya infark. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan local (thrombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung).

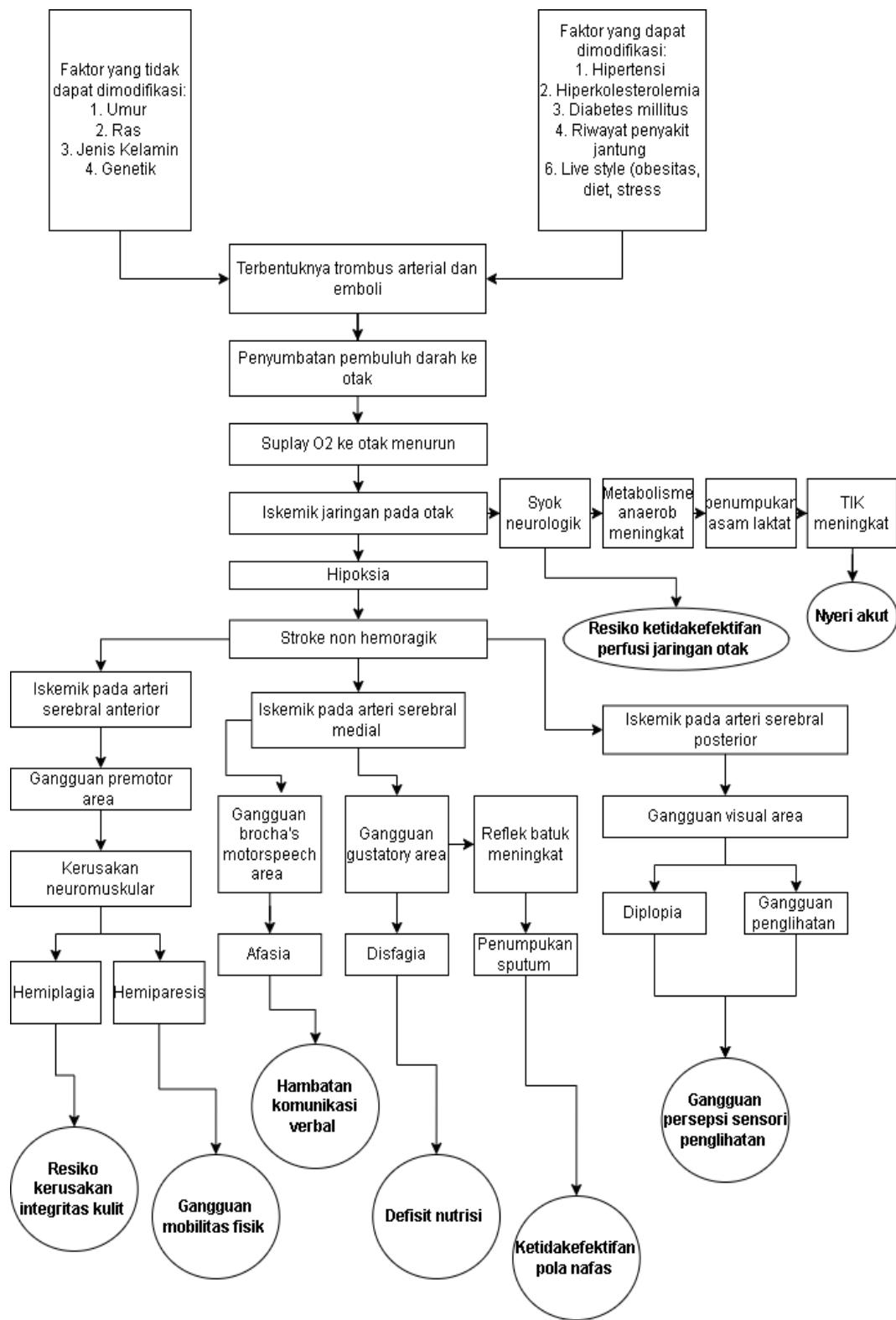
Infark serebral sering kali disebabkan oleh aterosklerosis. Plak aterosklerotik, yang menyebabkan aliran darah yang bergolak atau lebih lambat, dapat menjadi sumber trombus. Trombus dapat terpisah dari dinding pembuluh darah dan memasuki aliran darah sebagai embolus. Trombus menyebabkan kongesti edema di sekitar lokasi dan iskemia jaringan yang disuplai oleh pembuluh darah yang dimaksud. Disfungsi yang disebabkan oleh area edema ini lebih banyak daripada infark yang

sebenarnya. Dalam beberapa jam atau mungkin selama beberapa hari, edema dapat mereda. Klien mulai menunjukkan kemajuan saat edema mulai menurun. Jadi, jika tidak terjadi pendarahan hebat, trombosis biasanya tidak mematikan.

Bila embolus menyumbat arteri serebral, hal ini mengakibatkan edema, nekrosis, dan trombosis. Abses atau ensefalitis akan berkembang jika infeksi septik menyebar ke dinding pembuluh darah; jika infeksi berlanjut di pembuluh darah yang tersumbat, akan terjadi dilatasi aneurisma pembuluh darah. Pendarahan otak akan terjadi akibat hal ini, jika aneurisma pecah. Hipertensi arteri darah dan pecahnya arteriosklerosis adalah dua penyebab utama pendarahan otak.

Dibandingkan dengan semua penyakit serebrovaskular, pendarahan intraserebral yang sangat besar lebih mungkin mengakibatkan kematian karena memberikan tekanan pada massa otak, meningkatkan tekanan intrakranial, dan, dalam kasus yang lebih ekstrem, dapat menyebabkan herniasi otak. Kompresi hemisfer serebral, pendarahan batang otak berikutnya, atau pendarahan yang meluas ke batang otak, semuanya dapat mengakibatkan kematian. Sepertiga episode pendarahan mengakibatkan darah merembes ke dalam ventrikel otak. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral.

Selama empat hingga enam menit, perubahan yang disebabkan oleh anoksia dapat dibalikkan. Jika anoksia berlangsung lebih dari sepuluh menit, akan terjadi perubahan yang tidak dapat dikembalikan. Henti jantung merupakan salah satu kondisi yang dapat menyebabkan anoksia serebral. Volume perdarahan yang relatif besar akan menyebabkan kerusakan pada parenkim otak, serta peningkatan tekanan intrakranial, penurunan tekanan perfusi serebral, dan gangguan drainase otak. Selain itu, tekanan perfusi akan menurun, menyebabkan saraf di area yang terkena dan sekitarnya kembali tertekan (Muttaqqin,2017).



Gambar 1.1 Pathway Stroke Non Hemoragik

6. Fase-Fase Stroke Non Hemoragik

- a. Fase akut (0–72 jam setelah serangan) Pada fase ini terjadi gangguan aliran darah secara tiba-tiba. Gejala umum mencakup kelemahan tubuh sebelah, bicara tidak jelas, kehilangan keseimbangan, hingga penurunan kesadaran.
- b. Fase subakut (hari ke-4 sampai minggu ke-2) Kerusakan otak mulai menetap dan terjadi peradangan jaringan. Pada fase ini rehabilitasi awal dimulai, seperti latihan gerak pasif, perawatan untuk mencegah komplikasi, dan dukungan psikologis.
- c. Fase rehabilitasi (2 minggu–6 bulan) Merupakan fase pemulihan fungsi tubuh yang hilang. Terapi yang diberikan meliputi fisioterapi, terapi okupasi, dan terapi wicara. Partisipasi aktif pasien dan dukungan keluarga sangat berperan penting dalam fase ini.
- d. Fase kronis (Setelah 6 bulan) Pasien memasuki fase jangka panjang di mana pemulihan fungsi mungkin telah mencapai batas maksimal. Fokus diarahkan pada mempertahankan kemampuan yang sudah dicapai, mencegah kekambuhan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

7. Manifestasi Klinis Stroke

Manifestasi klinis yang muncul bervariasi, tergantung pada bagian otak yang terganggu (Hutagalung, 2019):

- a. Gangguan pembuluh darah karotis
 - 1) Pada cabangnya yang menuju otak bagian tengah (arteri serebral media)

Gejala yang ditimbulkan:

 - a) Gangguan rasa di daerah wajah atau sisi
 - b) Gangguan gerak/kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan dan tungkai satu sisi (hemiparesis)
 - c) Gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain (afasia).

- d) Gangguan penglihatan, dapat berupa kebutaan satu sisi, atau separuh lapang pandang mata (heminopsia)
 - e) Mulut menjadi mencong dan pembicaraan pelo (disatria)
 - f) Kesadaran menurun
 - g) Tidak mengenal orang yang sebelumnya pernah dikenal(prosopagnosia)
 - h) Separuh badan terasa mati
 - i) Tidak dapat membedakan antara kiri dan kanan.
- 2) Pada cabangnya yang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior)
- Kelumpuhan salah satu tungkai dan gangguan syaraf perasa
- a) Buang air kecil tanpa disadari
 - b) Pingsan secara tiba-tiba
 - c) Sulit untuk mengungkapkan maksud hati
 - d) Menirukan omongan orang lain (ekholali)
- 3) Pada cabangnya yang menuju otak bagian belakang (arteri serebri posterior)
- a) Kebutuhan seluruh lapangan pandang satu sisi atau separuh lapangan pandang pada kedua mata
 - b) Rasa nyeri yang spontan
 - c) Sulit memahami yang dilihat, namun dapat dimengerti jika meraba atau mendengar suaranya
 - d) Kehilangan kemampuan mengenal warna
- b. Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris
- Gejala yang timbul:
- 1) Gangguan gerak bola mata, sehingga penglihatan menjadi tidak focus (apa yang dilihat menjadi ganda atau diplopia)
 - 2) Kehilangan keseimbangan
 - 3) Kedua kaki lemah/hipotoni, tidak dapat berdiri (paraparesis inferior)
 - 4) Vertigo

- 5) Nistagmus (kondisi ketika bola mata membuat gerakan yang cepat dan berulang tanpa disengaja)
- 6) Muntah dan gangguan menelan
- 7) Pembicaraan menjadi tidak jelas dan sulit dimengerti (disartri)
- 8) Tuli mendadak
- c. Kadang-kadang pada beberapa penderita, terutama pada perdarahan otak, sering gejala yang terjadi tidak seperti diatas melainkan :
 - 1) Timbul nyeri kepala secara sangat mendadak disertai muntah
 - 2) Leher menjadi kaku
 - 3) Mengantuk, bahkan koma.

8. Komplikasi Stroke

Berbagai komplikasi yang dapat timbul akibat stroke non hemoragik menurut (Kariasa, 2022):

a. Edema otak

Edema otak meliputi karena adanya peningkatan suhu tubuh, hal ini akan mempengaruhi sawar darah otak/blood brain barrier (BBB) dengan cara meningkatkan permeabilitas BBB dan berakibat langsung terjadinya edema otak.

b. Pneumonia

Akibat pembuangan serpihan dan mekanisme perbaikan berbasis respons imun, imunologi cenderung menurun pada pasien stroke. Pneumonia pada stroke akut disebabkan oleh sejumlah faktor, seperti paresis otot pernapasan, aspirasi dehidrasi, disfagia, dan kegagalan refleks batu.

c. Kejang

Aktivitas kelistrikan yang abnormal pada otak, hal ini dapat menyebabkan kejadian kejang pada pasien dengan stroke, hal ini umum terjadi pada pasien stroke.

d. Decubitus

Luka yang terjadi akibat dari tekanan bagian tubuh misalnya pinggul dan bokong, sendi kaki dan tumit, disebabkan penurunan kemampuan

bergerak (immobilisasi) pada pasien stroke, apabila dibiarkan akan mengakibatkan luka tambah lebar dan infeksi.

- e. Kekakuan sendi (kontraktur) atrofi otot

Hal ini disebabkan kurangnya pergerakan sendi dan immobilisasi pada pasien stroke.

9. Pemerisaan Penunjang

Menurut Susilo (2019), pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien stroke non heoragik yaitu:

- a. CT scan merupakan pemeriksaan baku untuk membedakan infark dengan pendarahan.
- b. Scan resonasi 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 simptomatis 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 resonasi magnetik dapat dipakai untuk mendiagnosis atau oklusi arteri ekstrakranial atau intrakranial.
- g. Pemantauan holter dapat dipakai untuk mendeteksi fibrilasi atrium intermiten.

10. Penatalaksanaan Stroke

Penatalaksanaan menurut Susilo (2019), pada pasien dengan stroke non hemoragik yaitu sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Hidrasi intravena: koreksi dengan NaCl0,9% jika hipovolemik.
- 2) Hiperglikemia: koreksi dengan insulin, bila stabil beri insulin regular subkutan.
- 3) Neuro rehabilitasi dini: stimulasi dini secepatnya secepatnya dan fisiotrapi 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 clopidogrel75mg/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 5000unit/12 jamselama 5-10hari.
 - b) Low molecular weight heparin (enoksaparin/nadroparin) 2x0,3-0,4 IUSC abdomen.
 - c) Pneumaticboots, stokingelastic, fisioterapi,dan mobilisasi