

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Lansia Post Stroke**

##### **2.1.1 Pengertian Lansia Post Stroke**

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap kronologis tertentu. Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap. (Azizah, 2011).

Batasan – Batasan Lansia menurut (WHO) dalam Mujahidullah (2012) ada usia pertengahan (midle age) kelompok usia 45 – 59 tahun, usia lanjut (elderly) antara 60 – 70 tahun, usia lanjut tua (very old) 75 – 90 tahun, dan usia sangat tua (very old) di atas 90 tahun.

Lansia Post Stroke adalah keadaan seseorang yang sudah masuk kategori lansia setelah terdiagnosa medis stroke oleh dokter dan sedang dirawat di rumah.

### **2.1.2 Penyebab Stroke Pada Lansia**

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan seksual. Secara umum menjadi tua atau menua (ageing process), ditandai oleh kemunduran – kemunduran biologis yang terlihat sebagai gejala – gejala kemunduran fisik dan kemunduran kemampuan kognitif yang seringkali menimbulkan masalah (Azizah, 2011).

Menurut (Azizah, 2011) perubahan sistem kardiovaskuler dan respirasi pada orang lanjut usia umumnya ditandai dengan ukuran jantung yang akan sedikit mengecil. Yang paling banyak mengalami penurunan adalah rongga bilik kiri, akibat semakin berkurangnya aktivitas. Yang juga mengalami penurunan adalah besarnya sel- sel otot jantung hingga menyebabkan menurunnya kekuatan otot jantung.

Setelah berumur 20 tahun, kekuatan otot jantung berkurang sesuai dengan bertambahnya usia. Dengan bertambahnya umur, denyut jantung maksimum dan fungsi lain dari jantung juga berangsur-angsur menurun. Pada lanjut usia, tekanan darah akan naik secara bertahap. Elastisitas jantung pada orang berusia 70 tahun menurun sekitar 50% dibanding orang berusia 20 tahun. Oleh karena itu, tekanan darah pada wanita tua yang mencapai 170/90 mmHg dan pada pria tua yang mencapai 160/100 mmHg masih dianggap normal.

Perubahan yang jauh lebih bermakna dalam kehidupan lanjut usia adalah yang terjadi pada pembuluh darah. Proses yang disebut sebagai

Arteriosklerosis atau pengapuran dinding pembuluh darah dapat terjadi dimana-mana. Proses pengapuran ini akan berlanjut menjadi proses yang menghambat aliran darah yang pada suatu saat dapat menutup pembuluh darah tadi. Pada tahap awal, gangguan dari dinding pembuluh darah yang menyebabkan elastisitasnya berkurang akan memacu jantung bekerja lebih keras, karena terjadi hipertensi. Selanjutnya, bila terjadi sumbatan maka jaringan yang dialiri zat asam oleh pembuluh darah ini akan rusak/mati, hal inilah yang disebut infark. Bila kejadian ini terjadi di otak, akan terjadi stroke.

## **2.2 Konsep Dasar Stroke**

### **2.2.1 Pengertian Stroke**

Stroke merupakan suatu gejala defisit neurologis yang progresif akibat adanya gangguan otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab penyakit lain yang jelas (Komma, dkk., 2013).

Stroke merupakan kematian mendadak jaringan otak yang disebabkan oleh kekurangan oksigen akibat pasokan darah yang terganggu (Kowalak, dkk., 2011).

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai dengan daerah yang terganggu (Irfan, 2010).

### 2.2.2 Klasifikasi Stroke

Berdasarkan kronologis kejadian klinis, stroke dibagi menjadi empat yaitu (Indrawati dkk, 2016) dalam Purwani (2017).

1. *Transient Ischemic Attack* (TIA) merupakan serangan iskemik sepiintas akibat gangguan fungsi otak yang sifatnya lokal. Serangan yang terjadi biasanya mendadak dan akan membaik selama 24 jam. 20-40% stroke didahului oleh tanda – tanda ini. TIA terjadi jauh sebelum datangnya stroke yang sesungguhnya. Serangannya biasa terjadi selama 5-15 menit kemudian lenyap. Masyarakat yang mengalami tanda-tanda ini biasanya tidak sadar dan merasa sehat-sehat saja, padahal keadaan sesungguhnya jauh dari kata normal. TIA merupakan peringatan stroke yang tidak bisa diabaikan karena seseorang yang pernah mengalami TIA sepuluh kali lebih berisiko mengalami stroke dibanding dengan yang belum pernah mengalami TIA.
2. *Reversible Neurological Deficit* yaitu gangguan neurologis yang sifatnya sementara. Pada stroke ini penderita mengalami gangguan fungsi otak selama lebih dari 24 jam dan akan pulih selama 3 minggu.
3. *Stroke In Evolution* atau stroke progresif, yakni gangguan fungsi otak yang dialami penderita berlangsung secara perlahan dan semakin lama semakin berat

4. *Completed Stroke* atau stroke lengkap, yakni gangguan fungsi otak yang terjadi sudah maksimal dan cenderung ada sejak awal serangan dan perbaikan yang terjadi hanyalah sedikit.

Sedangkan jenis stroke berdasarkan mekanismenya dibagi menjadi dua yaitu (Indrawati dkk, 2016) dalam Purwani (2017):

1. Stroke Iskemik

Stroke jenis ini merupakan jenis stroke yang paling banyak dijumpai yakni sekitar 85% dari jumlah keseluruhan penderita stroke. Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan karena adanya *aterosklerosis*. *Aterosklerosis* yaitu kondisi saat terjadi timbunan lemak dan kolesterol atau plak yang akan membentuk sumbatan. Sumbatan tersebut dapat terjadi di sepanjang arteri menuju otak sehingga bagian otak yang dilewati pembuluh darah tersebut mengalami kekurangan suplai darah dan mengakibatkan kurangnya pasokan energi serta oksigen. Sel – sel otak tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya. Sel tersebut bisa berhenti bekerja sementara waktu atau akan mati sepenuhnya, tergantung tingkat keparahannya.

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan karena adanya pendarahan akibat bocor atau pecahnya pembuluh darah di otak. Aneurisma atau pembengkakan pembuluh darah adalah salah satu penyebab yang umum dialami penderita stroke hemoragik. Seiring bertambahnya usia, akan ada satu atau

beberapa bagian dari dinding pembuluh darah yang melemah. Terjadinya pembengkakan pada salah satu dinding pembuluh darah yang lemah bisa mengakibatkan pembuluh darah tersebut pecah. Selain usia, faktor yang berisiko untuk terjadinya stroke iskemik adalah faktor keturunan dan secara umum terjadi karena penderita memiliki tekanan darah yang tinggi atau hipertensi. Hipertensi kronis yang diderita pasien juga dapat menyebabkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa *lipohyalinosis* (radang pada pembuluh darah) atau nekrosis fibrinoid (nekrosis/ kematian sel karena kerusakan pembuluh darah yang termediasi imun).

Selain mengakibatkan gangguan aliran darah ke bagian otak, pecahnya pembuluh darah arteri juga akan menekan otak dan menyebabkan jaringan otak membengkak. Ada dua jenis stroke hemoragik, antara lain:

a. Pendarahan intraserebral yang merupakan jenis paling umum dari stroke hemoragik. Hal ini terjadi saat arteri di otak pecah dan membanjiri jaringan sekitarnya dengan darah. Pendarahan yang sering dijumpai berada di daerah putamen, talamus, subkortikal, nukleus kaudatus dan cerebellum. Gejala klinis yang timbul antara lain:

1. Pada beberapa orang sering diawali dengan peningkatan tekanan darah, sakit kepala berat, mual, muntah,

gangguan memori, rasa bingung, dan pendarahan di retina saat melakukan aktivitas.

2. Indra penglihatan dapat terganggu atau hilang
  3. Pupil menjadi tidak normal, bisa membesar atau mengecil karena tanda – tanda penekanan batang otak
  4. Serangan tiba-tiba dalam hitungan detik sampai menit disertai mual, muntah, dan kehilangan kesadaran yang dapat disertai kejang umum.
- b. Pendarahan subarachnoid adalah pendarahan di daerah antara lapisan dalam (piameter) dan lapisan tengah (tarachnoid mater) dan jaringan tipis pelindung otak (meninges). Gejala klinis yang sering timbul antara lain:
1. Nyeri kepala mendadak dan parah yang berlangsung dalam waktu singkat (beberapa detik hingga 1 menit)
  2. Mengalami vertigo, mual, muntah, menggigil, berkeringat, gelisah, suhu badan meningkat, atau gangguan pernapasan
  3. Penurunan kesadaran dalam beberapa menit sampai jam
  4. Pada pemeriksaan dokter ditemui adanya gejala rangsangan meningeal
  5. Pendarahan di retina
  6. Bradikardi atau menurunnya kecepatan denyut jantung, atau takikardi yakni meningkatnya kecepatan denyut jantung (rasa deg-degan)

7. Hipotensi (tekanan darah turun) atau hipertensi (tekanan darah naik)

### **2.2.3 Etiologi Stroke Iskemik**

1. Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan endapan kolesterol dan plak di dalam dinding arteri. Endapan ini berpotensi besar untuk mempersempit lumen pembuluh arteri, mengurangi aliran darah dan menyebabkan arteri tersebut kehilangan kemampuan meregang. Area yang sempit pada pembuluh darah berpotensi tinggi terjadi penyumbatan akibat plak dari kolesterol. Penyumbatan tersebut mengakibatkan suplai oksigen ke otak menurun sehingga dapat mengakibatkan stroke iskemik (Kowalak, dkk., 2011).

2. Thrombus atau bekuan darah terbentuk pada permukaan kasar plak aterosklerosis yang terbentuk pada dinding arteri, thrombus ini dapat membesar dan akhirnya menyumbat lumen arteri sehingga aliran darah ke otak mengalami penurunan dan mengakibatkan terjadinya stroke iskemik (Kowalak, dkk., 2011).

3. Embolus

Sebagian thrombus dapat terlepas dan menjadi embolus. Embolus berjalan melewati aliran darah dan dapat menyumbat pembuluh arteri yang lebih kecil. Embolus (atau emboli jika



berjumlah banyak) umumnya berasal dari jantung. Tempat pembentukan plak yang lazim ditemukan yaitu di arteri serebri media, arteri karotis interna, arteri vertebralis (Kowalak, dkk., 2011)

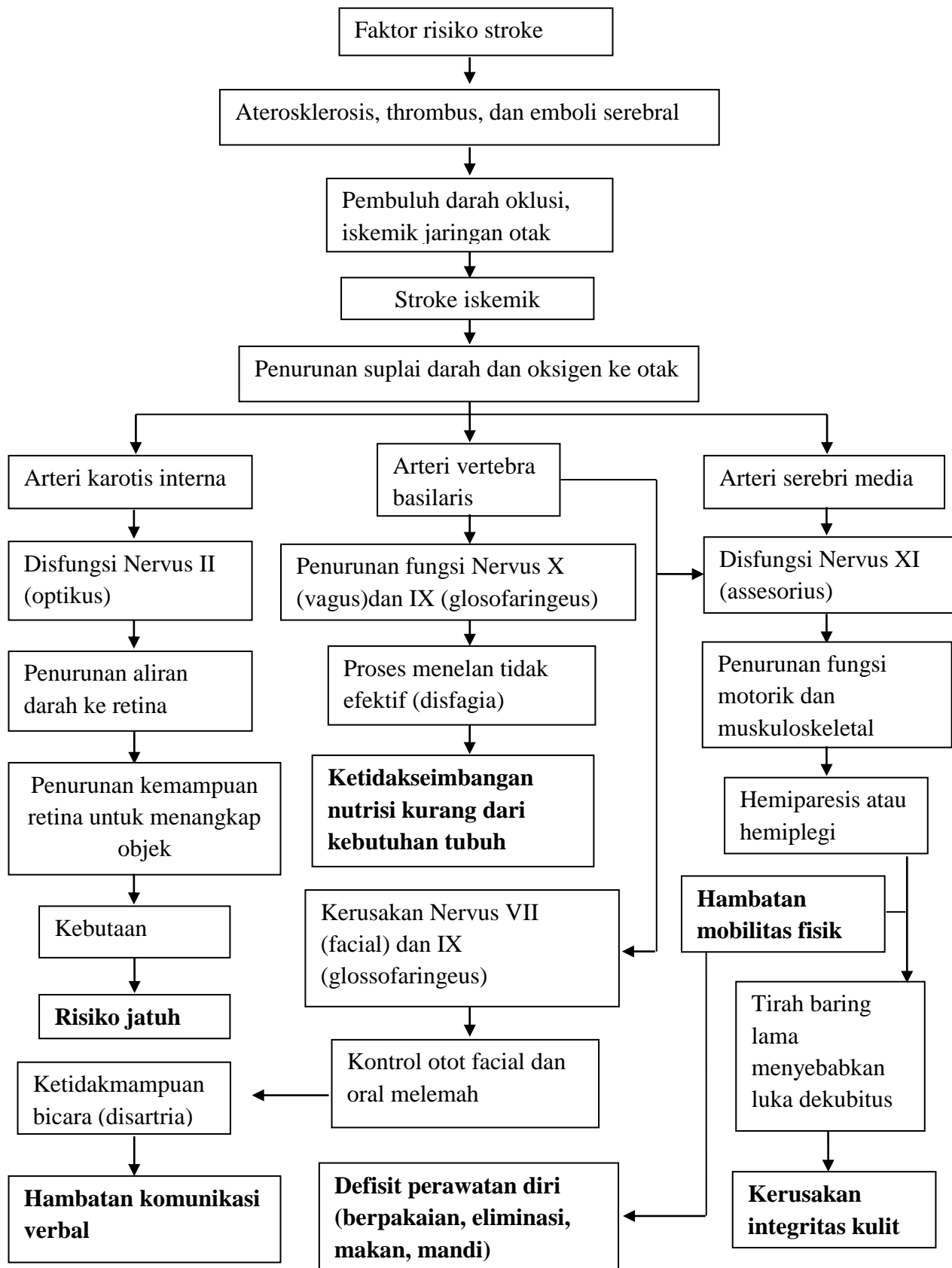
#### **2.2.4 Patofisiologi Stroke Iskemik**

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang menyebabkan penurunan aliran darah dan oksigen ke otak. Penurunan suplai oksigen ini mengakibatkan kerusakan pada 12 saraf-saraf kranial. Kerusakan saraf-saraf tersebut berakibat pada sistem pengendali yang saling berkaitan. Utamanya dalam hal pemenuhan kebutuhan dasar manusia yang menyebabkan segala aktivitas kehidupan sehari-hari dapat terganggu dan tidak dapat terpenuhi secara maksimal (Muttaqin, 2008).

### 2.2.5 Pathway Stroke Iskemik

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) sebagai berikut:



### 2.2.6 Manifestasi Klinik Stroke Iskemik

Gejala stroke menurut (Kowalak, dkk., 2011) adalah sebagai berikut:

1. Stroke sisi kiri

a. Paralisis sisi kanan

Kehilangan fungsi dan sensibilitas otot kanan

b. Defisit wicara dan berbahasa

c. Perilaku yang lamban dan berhati-hati

d. Kehilangan memori dalam berbahasa

e. Disartria sisi kanan

Bicara meracau dan mulut miring pada salah satu sisi wajah akibat kelemahan otot pada sisi kanan

f. Afasia

Ketidakmampuan memahami atau menghasilkan bahasa

g. Aprakisa

Ketidakmampuan mengendalikan otot, gerakan tak terkoordinasi

2. Stroke sisi kanan

a. Paralisis sisi kiri

Kehilangan fungsi dan sensibilitas otot kiri

b. Perilaku yang cepat dan impulsive

c. Kehilangan memori dalam kerja

d. Disartria sisi kiri

Bicara meracau dan mulut miring pada salah satu sisi wajah akibat kelemahan otot pada sisi kiri

### 2.2.7 Faktor-Faktor Risiko Stroke

Menurut (Purwani, 2017) terdapat dua faktor risiko stroke.

#### 1. Faktor yang Tidak Dapat Dikendalikan

Faktor yang tidak dapat dikendalikan ini merupakan faktor risiko alami yang dimiliki oleh setiap orang, contohnya usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, dan suku/ras.

##### a. Usia

Pada umumnya stroke lebih banyak terjadi pada orang – orang berusia lanjut (di atas 55 tahun) dibandingkan pada anak-anak dan dewasa muda. Bertambahnya usia cenderung akan meningkatkan tekanan darah. Risiko akan semakin meningkat seiring bertambahnya usia karena kondisi tubuh yang sudah tidak sepenuhnya normal lagi serta pola hidup yang berubah. Selain itu, hampir semua orang di atas umur empat puluh tahun mengalami *atherosclerosis*.

##### b. Jenis Kelamin

Faktor risiko berdasarkan jenis kelamin memiliki sedikit perbedaan. Risiko stroke pada pria lebih tinggi, tetapi angka kematian yang dikarenakan stroke lebih banyak terjadi pada kaum wanita. Stroke iskemik juga

akan meningkat dengan pertambahan usia serta kurang lebih 30% lebih banyak terjadi pada kaum pria. Pada kaum wanita, stroke banyak terjadi akibat kehamilan, pemakaian pil KB, migrain, dan aneurisma sakular.

c. Riwayat Keluarga

Seseorang yang memiliki anggota keluarga, seperti ayah/ibu, atau kakek/nenek, dengan riwayat sakit stroke akan meningkatkan risiko stroke. Para penderita stroke dengan usia masih muda biasanya memiliki riwayat serangan stroke atau penyakit pembuluh darah iskemik pada salah satu anggota keluarga.

Selain itu, adanya faktor predisposisi genetik aterosklerosis (mudah terkena penyakit aterosklerosis), aneurisma intrakanial sakular, malformasi pembuluh darah, dan angiopati amiloid juga dapat menjelaskan keterkaitan antara risiko terjadinya stroke dengan riwayat keluarga.

d. Ras

Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa orang Amerika yang berasal dari Afrika (berkulit hitam) memiliki risiko terkena stroke lebih besar dibandingkan orang dengan ras kaukasoid. Hal ini kemungkinan bisa dikarenakan adanya

predisposisi genetik, prevalensi hipertensi yang lebih tinggi, serta faktor sosio-ekonomi.

Pada kelompok orang Amerika berkulit hitam, stroke lebih sering menyerang pada usia muda. Sedangkan pada kelompok orang Amerika kaukasoid (berkulit putih) stroke banyak terjadi pada usia lanjut.

Dalam beberapa penelitian juga dikatakan mengenai hubungan antara kebiasaan merokok berdasarkan ras/etnik. Perokok yang berkulit putih memiliki risiko lebih besar dibanding perokok berkulit hitam.

## 2. Faktor yang Dapat Dikendalikan

Faktor ini meliputi gaya hidup tidak sehat yang tentunya dapat dikurangi atau malah dihilangkan sama sekali. Gaya hidup merupakan perilaku sehari-hari seseorang yang lama-kelamaan menjadi kebiasaan.

### a. Hipertensi

Hipertensi sering menyebabkan terjadinya gangguan fungsi dan struktur otak seseorang dengan mekanisme gangguan vaskuler. Stroke karena hipertensi biasanya disebabkan karena perubahan patologis pada pembuluh darah serebral dalam jaringan otak. Selain itu, hipertensi juga mengakibatkan gangguan kemampuan autoregulasi pembuluh darah otak dimana aliran darah

ke otak akan lebih kecil dibandingkan seseorang yang memiliki tekanan darah normal.

Pada beberapa penelitian menunjukkan bahwa adanya pengendalian terhadap kualitas tekanan darah akan menurunkan risiko stroke berulang. Pengendalian risiko stroke karena hipertensi dapat dilakukan dengan cara mengonsumsi obat anti hipertensi secara patuh dan menghindari hal-hal yang memicu adanya peningkatan tekanan darah.

b. Dislipidemia

Dislipidemia adalah kelainan metabolisme dari lipid (lemak) yang ditandai dengan peningkatan maupun penurunan fraksi lemak dalam darah. Kelainan fraksi lipid yang paling banyak adalah kenaikan kadar kolesterol total, kolesterol LDL yang biasa disebut kolesterol jahat, kenaikan kadar trigliserida, serta adanya penurunan kadar HDL atau yang biasa disebut kolesterol baik. Seseorang dikatakan menderita dislipidemia jika memiliki kadar kolesterol total dalam darah  $>200$  mg/dl dan kadar trigliserida  $>200$  mg/dl. Tingginya kadar kolesterol dalam darah terutama LDL akan memicu terjadinya aterosklerosis dan penyakit jantung koroner yang selanjutnya memicu terjadinya stroke.

c. Diabetes Melitus

Diabetes melitus adalah suatu penyakit jangka panjang yang ditandai dengan kadar gula di dalam darah jauh diatas normal yaitu kadar gula darah sewaktu normal >200 mg/dl atau pemeriksaan gula darah puasa >140 mg/dl. Penyakit diabetes melitus dapat meningkatkan kemungkinan stroke 2-4 kali akibat aterosklerosis serebri, gangguan jantung, atau perubahan rheologi darah. Aterosklerosis yang terjadi dapat menyerang pembuluh darah kecil (*microangiopathy*) maupun pembuluh darah besar (*macroangiopathy*) di seluruh tubuh, termasuk otak.

Tingginya kadar gula juga akan memperbesar area infark di otak karena asam laktat akibat metabolisme glukosa secara anaerobik yang merusak jaringan otak.

d. Kelainan Jantung

Otak membutuhkan konsumsi oksigen 25% dari seluruh tubuh dan menggunakan 20% curah jantung dalam semenit. Oleh karena itu jika terjadi gangguan pada sistem kardiovaskuler, tentunya akan memengaruhi sirkulasi di otak. Kelainan jantung yang sering menjadi penyebab stroke berulang adalah aterosklerosis, disritmia jantung khususnya fibrilasi atrium, penyakit jantung iskemik, infark miokard, dan gagal jantung.



e. Merokok

Alasan paling sering mengapa merokok menjadi faktor risiko stroke adalah karena terjadi pendarahan subaraknoid karena terbentuknya aneurisma, stroke iskemik karena adanya perubahan arteri karotis dan terjadinya pendarahan serebral.

f. Kehamilan

Wanita yang merasa sehat dan tidak menderita hipertensi dapat mengalami hipertensi selama mengandung, terutama pada tiga bulan terakhir sebelum melahirkan yang dapat membahayakan ibu maupun bayinya. Selain itu, perempuan yang mengkonsumsi pil kontrasepsi dan merokok juga akan meningkatkan risiko terjadinya hipertensi.

### **2.2.8 Komplikasi Stroke**

Menurut (Wijaya, A.S. & Putri, Y.M., 2013) stroke dapat menyebabkan komplikasi sebagai berikut:

a. Bubungan dengan immobilisasi

- infeksi pernafasan
- nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan
- konstipasi
- tromboflebitis

b. Berhubungan dengan mobilisasi

- nyeri pada daerah punggung
  - dislokasi sendi
- c. Berhubungan dengan kerusakan otak
- epilepsi
  - sakit kepala
  - kraniotomi
- d. Hidrosefalus

### 2.2.9 Pemeriksaan Penunjang Stroke Iskemik

#### 1. Pemeriksaan *Scanning*

##### a. CT-Scan (*Computerized Tomography Scanning*)

Alat ini merupakan metode pertama yang digunakan untuk mengevaluasi stroke. Melalui alat ini, dokter bisa mendeteksi beberapa area di otak yang mengalami kerusakan, juga dapat menentukan penyebab terganggunya aliran darah, pembuluh darah yang cepat, tumor, atau sebab yang lain. CT-Scan memanfaatkan sinar-x untuk mengambil gambar otak dan kepala. Sinar-x diserap secara berbeda oleh beberapa bagian tubuh. Dari situ akan tergambar jaringan lunak, tulang, pembuluh darah, dan jaringan otak. Tulang menyerap sinar-x paling banyak, sehingga gambar yang tampak di foto berwarna putih. Sementara itu, cairan di dalam otak, misalnya *serebral ventrikel* berwarna hitam. Pada kasus stroke iskemik, warna

otak akan lebih banyak warna hitam. Sedangkan stroke hemoragik lebih banyak berwarna putih (Sutrisno, 2007).

b. MRI Scan (*Magnetic Resonance Imaging*)

*Magnetic Resonance Imaging* (MRI) ialah suatu pemeriksaan pencitraan modern menggunakan medan magnet dan gelombang radio kuat untuk menghasilkan gambaran otak. Pendeteksian stroke ringan atau TIA dan penderita yang gejalanya lebih kompleks, lebih tepat memakai MRI scan dibanding CT scan. Hal ini dikarenakan hasil gambaran jaringan otak pada MRI scan lebih rinci, sehingga lebih memungkinkan identifikasi serangan stroke di bagian yang tidak biasa. Kekurangan dari metode ini adalah waktu deteksi lebih lama dibanding CT scan dan masih minimnya ketersediaan di banyak rumah sakit (Purwani, 2017).

## **2.2.10 Penatalaksanaan Stroke Iskemik**

### **A. Penatalaksanaan Medis**

#### **1. Antikoagulan**

Antikoagulan merupakan obat yang berfungsi mengencerkan darah yang mengental. Biasanya obat golongan ini digunakan pada stroke iskemik dan stroke ringan; tidak direkomendasikan untuk stroke hemoragik

karena akan meningkatkan pendarahan di otak. Beberapa contoh obat golongan antikoagulan yaitu:

e. Warfarin

Warfarin merupakan derivat asetoniilbenzil dari kumarin. Mekansmenya adalah sebagai antagonis atau saingan terhadap vitamin K. Warfarin sering digunakan untuk profilaksis dan terapi pada stroke dengan *atrial fibrillation* (AF). Pemberian dosis awal awal 2-5 mg dua kali sehari dan biasanya akan dilakukan penyesuain dosis setelah 2 hari sedangkan dosis pemeliharaan adalah 2-10 mg/hari. Efek samping dari warfarin sendiri dapat menyebabkan pendarahan dan trombositopenia (Purwani, 2017).

2. Antiplatelet

Antiplatelet merupakan obat-obatan yang cara kerjanya dengan menghambat agregasi platelet dan pembentukan trombus di dalam tubuh.

a. Aspirin (anti trombosis)

Aspirin cukup ampuh mencegah kambuhnya stroke dan menekan tingkat kematian pada penderita pasca mini stroke (TIA). Aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan thrombosis yang terjadi. Pada umumnya, dokter memberikan dosis 80-160mg, yang terbagi dalam dosis 1-2x sehari. Efek samping

yang timbul adanya gangguan seperti tukak lambung atau yang berat seperti pendarahan pada lambung sehingga obat ini jangan diberikan pada penderita gangguan tukak lambung. Pemakaian aspirin dianjurkan tetap dengan memperhatikan efek samping terhadap pasien (Sutrisno, 2007).

### 3. Fibrinolitik

Obat – obat golongan ini diberikan secara intravena saat keadaan stroke iskemik akut. Mekanisme kerjanya secara umum adalah secara cepat melisiskan atau menghancurkan trombus atau bekuan darah dengan mengubah plasminogen menjadi plasmin, suatu enzim yang dapat menguraikan fibrin. Fibrin sendiri merupakan zat pengikat dari trombus.

#### a. Rtpa (*Recombinant Tissue Plasminogen Activator*)/

##### Alteplase

Alteplase merupakan enzim serine protease dari sel endotel pembuluh darah yang dibentuk dengan teknik rekombinasi DNA pada tahun 1987. Obat ini bekerja secara langsung mengikat fibrin dan mengaktifkan plasminogen yang terikat di trombus sehingga terjadi pemecahan trombus. Biasanya digunakan pada kasus stroke iskemik akut dengan pemberian dosis 0,9 mg/kg IV maksimal 90 mg. Efek samping dari obat ini adalah

bisa terjadi pendarahan, dan kenaikan suhu sementara (Purwani, 2017).

#### B. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut (Muttaqin, 2008) sebagai berikut:

- a. Mempertahankan saluran napas yang paten dengan melakukan pengisapan lendir dan pemberian oksigen.
- b. Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi klien, termasuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.
- c. Menempatkan klien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin klien harus diubah posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif (ROM).
- d. Memberikan suplai nutrisi yang adekuat untuk mempertahankan metabolisme pada pasien stroke.
- e. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien stroke secara komprehensif.

### **2.3 Konsep Perawatan Diri dan Defisit Perawatan Diri**

#### **2.3.1 Pengertian Perawatan Diri dan Defisit Perawatan Diri**

Perawatan diri adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan, baik fisik maupun psikisnya (Isro'in & Andarmoyo, 2012).

Perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan. Pasien

dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak melakukan perawatan diri (M.Clevo Rendy, 2013).

Defisit perawatan diri adalah kondisi ketika individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing-masing dari kelima aktivitas perawatan diri (Carpenito, 2012)

### **2.3.2 Tujuan Perawatan Diri**

1. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
2. Meningkatkan percaya diri seseorang
3. Memelihara kebersihan diri seseorang
4. Memperbaiki perawatan diri yang kurang
5. Pencegahan penyakit

(Isro'in & Andarmoyo, 2012)

### **2.3.3 Macam - Macam Defisit Perawatan Diri**

Menurut (Carpenito, 2012) defisit perawatan diri meliputi:

1. Defisit Perawatan Diri Makan

Kondisi ketika individu mengalami kegagalan pada kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan untuk diri sendiri.

2. Defisit Perawatan Diri Mandi

Kondisi ketika individu mengalami kegagalan kemampuan untuk melaksanakan atau menyelesaikan mandi/aktivitas kebersihan untuk diri sendiri

### 3. Defisit Perawatan Diri Eliminasi

Kondisi ketika individu mengalami kegagalan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi.

### 4. Defisit Perawatan Diri Berpakaian

Kondisi ketika individu mengalami kegagalan kemampuan untuk melakukan aktivitas mengenakan pakaian dan berhias untuk diri sendiri.

## **2.3.4 Faktor – Faktor yang Memengaruhi Perawatan Diri**

### 1. Kondisi Fisik

Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan perawatan diri. Kelemahan akibat arthritis, stroke, atau kelainan otot menghambat klien dalam pelaksanaan perawatan diri seperti mandi, menggosok gigi, memakai handuk, mengenakan pakaian dan berhias. Kondisi yang lebih serius akan menjadikan klien tidak mampu dan akan memerlukan kehadiran perawat untuk melakukan perawatan diri secara total (Isro'in & Andarmoyo, 2012).



## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

Konsep asuhan keperawatan pada lansia penderita stroke adalah sebagai berikut:

### **2.4.1 Pengkajian Keperawatan**

#### 1. Identitas klien

- Meliputi nama
- Umur: biasanya sering terjadi pada usia 51-65 tahun
- Jenis kelamin: sering dialami oleh perempuan dibandingkan laki – laki
- Pekerjaan: biasanya menyerang pada seseorang yang bekerja dengan tingkat stres yang tinggi
- Ras: sering terjadi pada seseorang yang berasal dari ras kulit hitam

#### 2. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi (Jusuf Misbach, 1999) dalam Mujahidullah (2012).

#### 3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, merasa mudah lelah, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Siti Rochani, 2000) dalam Mujahidullah (2012).

#### 4. Riwayat penyakit dahulu

Sering terdapat riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan (Donna D. Ignatovicus, 1995) dalam Mujahidullah (2012).

#### 5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus (Hendro Susilo, 2000) dalam Mujahidullah (2012).

#### 6. Pengkajian psikososiospiritual

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat memengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga (Harsono, 1996) dalam Mujahidullah (2012).

#### 7. Pola – pola fungsi kesehatan

Pola – pola fungsi kesehatan menurut (Mujahidullah, 2012):

##### a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral

##### b. Pola nutrisi dan metabolisme

Sering adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut

c. Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipas akibat penurunan peristaltik usus

d. Pola aktivitas dan latihan

Sering ada kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, mudah lelah

e. Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk beristirahat karena kejang otot/nyeri otot

f. Pola hubungan dan peran

Biasanya ada perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan berbicara

g. Pola persepsi dan konsep diri

Sering mengeluh merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif

h. Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori biasanya klien mengalami gangguan penglihatan/ kekaburan pandangan. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir

i. Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin

j. Pola penanggulangan stres

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Biasanya klien jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/ kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Marilyn E.Doenges, 2000) dalam Mujahidullah (2012).

8. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik menurut (Mujahidullah, 2012):

a. Keadaan umum

1. Kesadaran: umumnya mengalami penurunan kesadaran
2. Suara bicara: kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara
3. Tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi

b. Pemeriksaan integumen

1. Kulit: jika klien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol
2. Kuku: perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis*

3. Rambut: umumnya tidak ada kelainan

c. Pemeriksaan kepala dan leher

1. Kepala: umumnya bentuk normocephalik

2. Muka: umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi

3. Leher: kaku kuduk jarang terjadi (Satyanegara, 1998) dalam Mujahidullah (2012).

d. Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, *wheezing* ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

e. Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat bedrest dan kadang terdapat kembung

f. Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

Kadang terdapat incontinenasia atau retensio urine

g. Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh

h. Pemeriksaan neurologi

1. Pemeriksaan nervus cranialis

Umumnya terdapat gangguan nervus cranialis VII dan XII central

2. Pemeriksaan motorik

Hampir selalu terjadi kelumpuhan/ kelemahan pada salah satu sisi tubuh

3. Pemeriksaan sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi

4. Pemeriksaan refleks

Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Jusuf Misbach, 1999) dalam Mujahidullah (2012).

i. Pemeriksaan Penunjang

6. Pemeriksaan radiologi

- CT scan: didapatkan hiperdens fokal, kadang - kadang masuk ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak (Linardi Widjaja, 1993) dalam Mujahidullah (2012).
- MRI: untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik (Marilynn E. Doenges, 2000) dalam Mujahidullah (2012).
- Angiografi serebral: untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler (Satyanegara, 1998) dalam Mujahidullah (2012).

- Pemeriksaan foto thorax: dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke (Jusuf Misbach, 1999) dalam Mujahidullah (2012).

#### 7. Pemeriksaan laboratorium

- Fungsi lumbal: pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama (Satyanegara, 1998) dalam Mujahidullah (2012).
- Pemeriksaan darah rutin
- Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur – angsur turun kembali (Jusuf Misbach, 1999) dalam Mujahidullah (2012).
- Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri (Linardi Widjaja, 1993) dalam Mujahidullah (2012).

### 2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut (Carpenito, 2012) diagnosa keperawatan pada klien lansia post stroke antara lain:

1. Defisit perawatan diri makan berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik
2. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik
3. Defisit perawatan diri berpakaian berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik
4. Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik

### 2.4.3 Intervensi Keperawatan Pasien Stroke Iskemik

Intervensi keperawatan menurut (Carpenito, 2012) adalah sebagai berikut:

#### **Diagnosa 1 :**

Defisit perawatan diri makan berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik

#### **Batasan karakteristik:**

- Ketidakmampuan untuk memotong makanan atau membuka kemasan makanan
- Ketidakmampuan membawa makanan ke mulut

#### **Faktor yang berhubungan:**

- Kelemahan otot



- Nyeri
- Ansietas terhadap ketidakmampuan
- Penurunan kemampuan visual dan motorik, kelemahan otot
- Keletihan
- Konfusi

*Nursing outcomes classification* (NOC) dalam defisit perawatan diri makan antara lain:

Tujuan:

Individu akan menunjukkan peningkatan kemampuan untuk makan sendiri atau melaporkan bahwa ia membutuhkan bantuan

Indikator:

1. Menunjukkan kemampuan untuk menggunakan alat bantu adaptif, jika diindikasikan
2. Menunjukkan peningkatan minat dan keinginan untuk makan
3. Menjelaskan faktor penyebab defisit kemampuan makan

*Nursing interventions classification* (NIC) dalam defisit perawatan diri makan antara lain:

1. Pastikan dari klien atau anggota keluarga mengenai makanan yang disukai atau tidak disukai klien
2. Pertahankan suhu makanan yang sesuai (makanan panas tetap panas, makanan dingin tetap dingin)
3. Berikan pereda nyeri, karena nyeri dapat memengaruhi nafsu makan dan kemampuan untuk makan sendiri
4. Fasilitasi higiene oral sebelum dan setelah makan

5. Tempatkan klien dalam posisi paling normal yang disesuaikan dengan disabilitas fisik yang ia alami (paling baik adalah posisi duduk di kursi dengan meja)
6. Bantu mempersiapkan makanan jika perlu: membuka botol, serbet, tempat bumbu; memotong daging; mengoles roti dengan mentega
7. Atur klien dalam posisi makan paling normal yang ia toleransi secara fisik
8. Dorong klien untuk makan, tetapi waspada terhadap keletihan, frustrasi, atau agitasi
9. Kaji untuk meyakinkan bahwa klien dan keluarga memahami alasan dan tujuan dari semua intervensi

**Diagnosa 2 :**

Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik

**Batasan karakteristik:**

- Ketidakmampuan untuk mandi sendiri (meliputi membasuh seluruh tubuh, menyisir rambut, menggosok gigi, melakukan perawatan kulit dan kuku, serta menggunakan tata rias)
- Tidak dapat atau tidak ada keinginan untuk membasuh tubuh atau anggota tubuh
- Ketidakmampuan merasakan kebutuhan akan tindakan higiene

**Faktor yang berhubungan:**

- Kelemahan otot
- Nyeri
- Ansietas terhadap ketidakmampuan
- Penurunan kemampuan visual dan motorik, kelemahan otot
- Keletihan
- Konfusi

*Nursing outcomes classification* (NOC) dalam defisit perawatan diri mandi antara lain:

**Tujuan:**

Individu akan melaksanakan aktivitas mandi pada tingkat optimal yang diharapkan atau melaporkan rasa puas dengan pencapaian meskipun ada keterbatasan

**Indikator:**

- Mengungkapkan perasaan nyaman dan puas dengan kebersihan tubuh
- Mendemonstrasikan kemampuan untuk menggunakan alat bantu adaptif
- Menjelaskan faktor penyebab defisit kemampuan untuk mandi

*Nursing interventions classification* (NIC) dalam defisit perawatan diri mandi antara lain:

1. Berikan privasi selama rutinitas mandi
2. Siapkan seluruh perlengkapan mandi di tempat yang mudah dicapai

3. Fasilitasi keamanan di kamar mandi (keset anti-slip, palang pegangan)
4. Berikan kursi atau tempat duduk tanpa sandaran yang diletakkan di bawah pancuran
5. Berikan spons dengan pegangan panjang untuk menjangkau punggung atau ekstremitas bawah
6. Alas atau keset kaki anti-slip pada lantai kamar mandi, bak mandi, dan pancuran
7. Berikan waktu yang konsisten untuk mandi rutin sebagai bagian dari program terstruktur untuk membantu menurunkan kebingungan
8. Lakukan pengawasan aktivitas mandi sampai klien dapat dengan aman melaksanakan tugas tanpa bantuan

### **Diagnosa 3 :**

Defisit perawatan diri berpakaian berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik

#### **Batasan karakteristik:**

- Ketidakmampuan untuk berpakaian sendiri (mencakup mengenakan pakaian rutin atau khusus, bukan pakaian tidur)
- Ketidakmampuan untuk mengenakan atau menanggalkan pakaian
- Tidak dapat mengancingkan pakaian
- Tidak dapat berhias sendiri secara memuaskan

- Tidak dapat melepas atau mengganti aksesoris pakaian

**Faktor yang berhubungan:**

- Kelemahan otot
- Nyeri
- Ansietas terhadap ketidakmampuan
- Penurunan kemampuan visual dan motorik, kelemahan otot
- Kelelahan
- Konfusi

*Nursing outcomes classification* (NOC) dalam defisit perawatan diri berpakaian antara lain:

Tujuan:

Individu akan menunjukkan peningkatan kemampuan untuk mengenakan pakaian sendiri atau melaporkan kebutuhan akan bantuan orang lain dalam melaksanakan tugas.

Indikator:

- Mendemonstrasikan kemampuan untuk belajar bagaimana menggunakan alat bantu adaptif untuk memudahkan kemandirian optimal dalam tugas mengenakan pakaian
- Menunjukkan peningkatan minat dalam mengenakan pakaian santai
- Menjelaskan faktor penyebab defisit kemampuan berpakaian
- Menjelaskan rasional dan prosedur terapi

*Nursing interventions classification* (NIC) dalam defisit perawatan diri berpakaian antara lain:

1. Tingkatkan kemandirian berpakaian melalui latihan terus – menerus dan tanpa bantuan
2. Pilih pakaian yang longgar, dengan lengan baju lebar dan celana panjang lebar serta kancing/resleting bagian depan
3. Berikan waktu yang cukup untuk mengenakan dan melepaskan pakaian karena tugas tersebut dapat melelahkan, membuat nyeri, atau sulit dilakukan
4. Susun pakaian berdasarkan urutan yang diperlukan saat berpakaian
5. Berikan privasi selama mengenakan pakaian rutin
6. Tentukan waktu rutin yang konsisten dalam mengenakan pakaian untuk memberikan suatu program terstruktur guna menurunkan kebingungan
7. Dorong perhatian klien terhadap tugas; waspada terhadap kelelahan, yang dapat meningkatkan kebingungan

#### **Diagnosa 4 :**

Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik

#### **Batasan karakteristik:**

- Tidak dapat atau tidak ada keinginan ke toilet atau menggunakan pispot
- Tidak dapat atau tidak ada keinginan untuk melakukan higiene yang benar

- Tidak dapat pindah ke dan dari toilet atau pispot
- Tidak dapat menyiram toilet atau mengosongkan pispot

**Faktor yang berhubungan:**

- Kelemahan otot
- Nyeri
- Ansietas terhadap ketidakmampuan
- Penurunan kemampuan visual dan motorik, kelemahan otot
- Kelelahan
- Konfusi

*Nursing outcomes classification* (NOC) dalam defisit perawatan diri eliminasi antara lain:

Tujuan:

Klien akan mendemonstrasikan peningkatan kemampuan untuk ke toilet sendiri atau melaporkan kebutuhan untuk memperoleh bantuan dari orang lain dalam melaksanakan tugas

Indikator:

1. Mendemonstrasikan kemampuan untuk menggunakan alat bantu adaptif untuk memfasilitasi eliminasi
2. Menjelaskan faktor penyebab defisit kemampuan eliminasi
3. Menjelaskan rasional dan prosedur terapi

*Nursing interventions classification* (NIC) dalam defisit perawatan diri eliminasi antara lain:

1. Pastikan sistem komunikasi klien yang digunakan untuk mengekspresikan kebutuhan ke toilet

2. Waspada terhadap kemungkinan jatuh sewaktu membantu klien eliminasi (bersiap untuk memindahkan klien dari lantai tanpa menyebabkan Ia dan anda cedera)
3. Capai kemandirian eliminasi dengan praktik yang kontinu dan tanpa bantuan
4. Fasilitasi waktu yang cukup untuk eliminasi guna menghindari kelelahan
5. Berikan alat bantu adaptif yang diperlukan untuk meningkatkan kemandirian dan keamanan (kursi wastafel, pispot urine anti tumpah)
6. Fasilitasi keamanan dan kebersihan jalan menuju area toilet
7. Tawarkan ke toilet setiap 2 jam, setelah makan, dan sebelum tidur

#### **2.4.4 Implementasi Keperawatan Pasien Stroke Iskemik**

Pada tahap ini dilakukan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Nasrul Effendy, 1995) dalam Mujahidullah (2012).

Menurut (Setiadi, 2012) ada tiga tahap dalam tindakan keperawatan, yaitu:

1. Tahap 1: Persiapan

Persiapan ini meliputi kegiatan-kegiatan:

- Review antisipasi tindakan keperawatan



- Menganalisis pengetahuan dan ketrampilan yang diperlukan
- Mengetahui yang mungkin timbul
- Mempersiapkan peralatan yang diperlukan
- Mempersiapkan lingkungan yang kondusif
- Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik

## 2. Tahap 2: Intervensi

- Independent, yaitu suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.
- Interdependent, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lainya (misalnya: ahli gizi, fisioterapi, dan dokter).
- Dependent, yaitu berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis atau intruksi dari tenaga medis

## 3. Tahap 3: Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti sebagian besar sesuai dengan intervensi keperawatan yang ada, namun tetap menyesuaikan dengan kondisi dan keadaan pasien.

### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan Pasien Stroke Iskemik**

Menurut (Setiadi, 2012), tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah

ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan.

Faktor yang dievaluasi ada beberapa komponen, meliputi:

1. Kognitif (pengetahuan)

Lingkup evaluasi pada kognitif adalah pengetahuan klien mengenai penyakitnya, mengontrol gejala-gejalanya, pengobatannya, diet, aktivitas, risiko komplikasi, gejala yang harus dilaporkan, dan pencegahannya. Informasi ini dapat diperoleh dengan cara interview dan kertas/pensil.

2. Afektif (status emosional)

Observasi secara langsung, yaitu dengan cara observasi ekspresi wajah, postur tubuh, nada suara, isi pesan secara verbal pada waktu melakukan wawancara

3. Psikomotor (perilaku)

Yaitu dengan cara melihat apa yang dilakukan klien sesuai dengan yang diharapkan

4. Perubahan fungsi tubuh dan gejala

Perawat dapat memfokuskan pada bagaimana fungsi kesehatan klien berubah setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Ada tiga kemungkinan keputusan pada tahap evaluasi:

1. Klien telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan sehingga rencana mungkin dihentikan
2. Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan sehingga perlu penambahan waktu, resources, dan intervensi sebelum tujuan berhasil

3. Klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan

Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis, yaitu:

1. Evaluasi berjalan (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh klien.

Format yang dipakai adalah format SOAP

- S: Data subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan klien.

- O: Data objektif

Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

- A: Analisis

Penilaian dari kedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah berkembang ke arah perbaikan atau kemunduran.

- P: Perencanaan

Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

2. Evaluasi akhir (sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali agar didapat data – data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

Format yang dipakai adalah format SOAPIER.

- S: Data subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan klien.

- O: Data objektif

Perkembangan objektif yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

- A: Analisis

Penilaian dari kedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah berkembang ke arah perbaikan atau kemunduran.

- P: Perencanaan

Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

- I: Implementasi

Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana.

- E: Evaluasi

Yaitu penilaian tentang sejauh mana rencana tindakan dan evaluasi telah dilaksanakan dan sejauh mana masalah klien teratasi.

- R: Reassessment

Bila hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, pengkajian ulang perlu dilakukan kembali melalui proses pengumpulan data subjektif, objektif dan proses analisisnya.