**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Dasar Stroke**
		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 jela (Komma, dkk., 2013).

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi saraf lokal, munculnya mendadak, bersifat progresif, dan cepat (Riskesdas, 2013).

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai oleh timbulnya defisit neurologis fokal secara mendadak yang menetap setidaknya 24 jam dan disebabkan oleh kelainan sirkulasi otak (McPhee & Ganong, 2011).

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).

* + 1. **Gejala dan Tanda Stroke**

Stroke biasanya terjadi secara mendadak dan sangat cepat. Pasien membutuhkan pertolongan dan segera dibawa ke pelayanan kesehatan. Gejala dan tanda yang sering dijumpai pada penderita stroke akut adalah (Nastiti, 2011):

1. Adanya serangan defisit neurologis/kelumpuhan fokal seperti hemiparesis (lumpuh sebelah badan yang kanan atau yang kiri saja)
2. Mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan atau terbakar
3. Mulut atau lidah mencong jika diluruskan
4. Sukar bicara atau bicara tidak lancar dan tidak jelas
5. Tidak memahami pembicaraan orang lain
6. Kesulitan mendengar, melihat, menelan, berjalan, menulis, membaca, serta memahami tulisan
7. Kecerdasan menurun dan sering mengalami vertigo
8. Menjadi pelupa atau demensia
9. Penglihatan terganggu, sebagian lapang pandang tidak terlihat, gangguan pandang tanpa rasa nyeri, penglihatan gelap atau ganda sesaat (hemianopsia)
10. Tuli satu telinga atau pendengaran berkurang
11. Emosi tidak stabil, seperti mudah menangis dan tertawa
12. Kelopak mata sulit dibuka dan selalu ingin tidur
13. Gerakan tidak terkoordinasi seperti kehilangan keseimbangan
14. Biasanya diawali dengan *Transient Ischemic Attack* atau serangan stroke sementara
15. Gangguan kesadaran seperti pingsan bahkan sampai koma
	* 1. **Tahapan Stroke**

Stroke memiliki beberapa fase yang perlu diperhatikan dalam pengobatan dan pencegahan. Fase atau tahapan proses sejak stroke akut sampai fase ke kehidupan sehari-hari adalah sebagai berikut (Nastiti, 2011):

1. Fase akut berlangsung antara 4-7 hari. Tujuan dari fase ini adalah pasien selamat dari serangan stroke
2. Fase stabilisasi berlangsung antara 2-4 minggu. Tujuan dari fase ini adalah pasien belajar lagi keterampilan motorik yang terganggu dan belajar penyesuaian baru untuk mengimbangi keterbatasan yang terjadi
3. Rehabilitasi yang bertujuan untuk melanjutkan proses pemulihan untuk mencapai perbaikan kemampuan fisik, mental, sosial, kemampuan bicara dan ekonomi
4. Fase kehidupan sehari-hari dimana pasien harus menghindari terulangnya stroke akut biasanya dianjurkan untuk:
5. Melakukan kontrol tensi secara rutin
6. Kendalikan kadar gula darah
7. Berhenti merokok
8. Diet rendah lemak
9. Menghindari resiko terjadinya stress
10. Terapi terkait faktor resiko lainnya dan penyempurnaan pemulihan kesehatan serta mencegah terulangnya serangan stroke

**2.1.4 Klasifikasi Stroke**

Stroke dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

1. Stroke Hemoragik

Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak.Terjadi karena adanya tekanan darah ke otak tinggi sehingga menekan pembuluh darah dan pembuluh darah yang tersumbat tidak dapat menahan tekanan tersebut. Akibat dari perdarahan, darah akan menggenangi otak. Darah yang membawa oksigen dan nutrisi tidak sampai ke target organ atau sel otak. Akibatnya, sebagian otak tidak mendapat pasokan makanan.Tekanan yang kuat membuat kebocoran dan juga merusak sel-sel otak di sekelilingnya.Bila tekanannya sangat tinggi, pasien bisa koma bahkan meninggal dunia.Pecahnya pembuluh darah juga bisa terjadi lantaran dinding pembuluh darah yang lemah, sehingga mudah robek.Stroke hemoragik dibedakan menjadi dua yaitu stroke hemoragik intraserebral dan hemoragik subaraknoid (Sutrisno, 2007).

1. Stroke Iskemik

Tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik dibagi menjadi empat jenis, yakni:

1. TIA (*Transient Ischemic Attack*)

TIA (*Transient Ischemic Attack*) merupakan serangan stroke sementara.Terjadi secara mendadak dan singkat akibat iskemia otak fokal yang cenderung membaik dengan kecepatan dan tingkat penyembuhan bervariasi tetapi biasanya dalam 24 jam. TIA merupakan hal penting yang merupakan peringatan dini akan kemungkinan terjadinya stroke di masa mendatang.

Serangan-serangan TIA ini berkembang menjadi stroke iskemik trombotik sangatlah besar.Gejalanya antara lain pucat, ekstremitas lumpuh, vertigo, disfagia (sulit menelan), mual, ataksia (jalan sempoyongan). Pasien juga tidak bisa memahami pembicaraan dengan orang lain, kesulitan melihat, serta hilangnya keseimbangan dan koordinasi (Price & Wilson, 2012).

1. Stroke lakunar

Stroke lakunar terjadi karena penyakit pembuluh halus dan dapat menyebabkan sindrom stroke yang biasanya muncul dalam beberapa jam atau kadang-kadang lebih lama. Terdapat empat sindrom lakunar yang sering dijumpai diantaranya hemiparesis motorik murni akibat infark di kapsula interna posterior, hemiparesis motorik murni akibat infark kapsula interna anterior, stroke sensorik murni akibat infark thalamus, dan hemiparesis ataksik atau disatria serta gerakan tangan atau lengan. Infark lakunar terjadi setelah oklusi aterotrombotik.Oklusi menyebabkan trombosis pada arteria serebri media, arteri vertebra basilaris, arteri karotis interna.Thrombosis yang terjadi menyebabkan daerah-daerah tersebut infark, bersifat lunak, dan disebut lakuna (Price & Wilson, 2012).

1. Stroke iskemik trombotik

Stroke jenis ini terjadi karena adanya penggumpalan pada pembuluh darah ke otak.Stroke iskemik trombotik secara klinis disebut juga sebagai serebral thrombosis.Sebagian besar dari stroke ini terjadi saat tidur ketika pasien relatif mengalami dehidrasi dan dinamika sirkulasi menurun.Lokasi yang kerap terjadi terdapat di arteri serebri media, arteri vertebra basilaris, dan arteri karotis interna.

Para pasien stroke ini mungkin sudah mengalami beberapa kali serangan TIA tipe lakunar sebelum akhirnya mengalami stroke. Dalam banyak kasus, thrombosis pembuluh darah besar diakibatkan oleh aterosklerosis yang diikuti oleh terbentuknya gumpalan darah yang cepat, juga ditopang oleh tingginya kadar kolesterol (Sutrisno, 2007).

1. Stroke iskemik embolik

Stroke embolik tidak terjadi di otak, melainkan di jantung.Embolus berasal dari bahan trombotik yang terbentuk di dinding rongga jantung atau katup mitralis.Penggumpalan darah yang terjadi di area sirkulasi organ jantung mengakibatkan darah tidak bisa mengaliri oksigen dan nutrisi ke otak.Kelainan pada jantung ini menyebabkan curah jantung berkurang dan perfusi mengalami penurunan.Stroke jenis ini muncul pada saat penderita menjalani aktivitas fisik, misalnya berolahraga.Ketika berolahraga, tiba-tiba tekanan darah menurun.Akibatnya, jantung gagal memompa darah ke otak atau adanya embolus yang terlepas dari jantung sehingga menyebabkan penyumbatan pembuluh darah di otak (Sutrisno, 2007).

* + 1. **Penatalaksanaan Stroke**

Penatalaksanaan stroke dibagi menjadi terapi farmakologis, terapi nonfarmakologis dan terapi pembedahan.

1. Terapi farmakologi.

Terapi yang dapat diberikan adalah terapi antiplatelet, untuk mengurangi

resiko gangguan vaskuler berikutnya, seperti stroke dan infark miokard

(Ratnasari, 2014). Terapi antiplatelet yang digunakan antara lain aspirin

dipiridamol, dam clopidogrel.

Antikoagulan tidak banyak berarti jika stroke telah terjadi. Terapi antikoagulan antara lain warfarin dan heparin. Heparin diindikasikan untuk mencegah stroke berulang pada pasien yang memiliki resiko kardiak emboli (Ratnasari, 2014).

1. Terapi Non-farmakologis

Salah satu bentuk terapi farmakologis untuk mencegah terjadinya stroke dan stroke berulang adalah dengan perubahan perilaku. Perubahan perilaku yang dimaksud adalah perubahan kebiasaan yang buruk dengan mengubah gaya hidup. Mengubah gaya hidup antara lain mengontrol tekanan darah, mengontrol kolesterol darah, mengontrol gula darah, olahraga, diet, mereduksi stress, dan menghentikan penggunaan rokok.

1. Mengontrol tekanan darahFaktor resiko stroke yang paling penting adalah kenaikan tekanan darah. Hipertensi dapat dikontrol melalui dietobatobatan, olahraga atau kombinasi dari ketiganya (Ratnasari, 2014). Kontrol tekanan darah yang buruk adalah faktor yang paling penting dalam kematian akibat stroke hal ini telah ditunjukkan dalam pemeriksaan terhadap perawatan stroke. Faktor resiko yang dapat dihindari dan diobati salah satunya adalah tekanan darah (Ratnasari, 2014)
2. Mengontrol kolesterol darah

Resiko tinggi dari stroke dan serangan jantung salah satunya adalah tingginya kolesterol dan lipid dalam darah. Pengontrolan kadar kolesterol dalam darah dapat dilakukan dengan makan makanan rendah lemak jenuh dan kaya akan serat, seperti sayuran, buah-buahan, biji-bijian, daging tanpa lemak seperti ayam dan ikan, produk susu rendah lemak dan kuning telur (Ratnasari, 2014).

1. Mengontrol gula darah

Diabetes dan stroke merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia. Pasien dengan diabetes mendukung kebutuhan intervensi dini dan agresif untuk pasien dengan gangguan kardiovaskuler untuk mencegah timbulnya kekambuhan dan perkembangan stroke akut (Ratnasari, 2014). Faktor resiko yang dapat diubah salah satunya adalah diabetes. Diabetes tipe I dapat ditangani dengan memonitor gula darah dan insulin. Sedangkan diabetes tipe II terkadang disertai dengan obesitas dan dapat dikendalikan dengan penurunan berat badan, olahraga, dan perubahan dalam kebiasaan makan.

1. OlahragaResiko stroke dapat dikurangi salah satunya dengan aktivitas fisik. Aktivitas fisik atau olahraga yang dilakukan oleh pasien pasca stroke memiliki manfaat kesehatan yang positif tetapi jika aktivitas fisik ini berhenti maka manfaat pada kesehatan akan berhenti. Sebuah penelitian baru menunjukkan bahwa seseorang yang melakukan olahraga 5 kali atau lebih perminggu memiliki resiko stroke yang lebih kecil (Ratnasari, 2014).
2. Diet

Resiko stroke diturunkan dengan mengurangi jumlah asupan lemak. Diet yang rendah garam dan kaya dengan sayuran, buah-buahan dan rendah lemak dapat membantu menurunkan tekanan darah.

1. Stress

Untuk mengurangi resiko stroke berulang dapat dengan menghindari stress dan istirahat yang cukup. Yaitu dengan istirahat dan tidur dengan teratur antara 6-8 jam sehari. Menurut WHO mengendalikan stress dapat dikendalikan dengan cara berpikir positif dan meningkatkan spiritualitas pasien (Ratnasari, 2014).

1. Menghentikan penggunaan rokok

Merokok merupakan salah satu faktor independen stroke. Dukungan sosial dan manajemen stress dapat membantu untuk berhenti merokok. Bagi beberapa orang merokok digunakan sebagai penenang, maka dari itu latihan relaksasi juga dimasukkan dalam latihan program berhenti merokok (Ratnasari, 2014).

1. Terapi pembedahan

Pasien yang dipertimbangkan untuk menjalankan pembedahan adalah mereka yang memiliki resiko rendah morbiditas dan mortalitas *post* operasi dan salah satu dari penyakit arteri karotis asimtomatik dengan 50% atau lebih stenosis atau penyakit arteri karotis dengan 70% atau lebih stenosis. Tindakan pembedahan yang dapat dilakukan pada pasien *post* stroke antara lain karotis endarterektomi, *Extracranial/ Intracranial Arterial Bypass, Angioplasti dan Sten Intraluminal* (Ratnasari, 2014

* + 1. **Pencegahan Stroke**

Orang dengan faktor resiko penyakit stroke akan lebih rentan untuk terkena serangan stroke dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki faktor resiko. Begitu juga dengan jumlah faktor resiko yang dimiliki, semakin banyak jumlah faktor resiko yang dimiliki maka akan semakin besar pula seseorang terkena serangan stroke. Tujuan umum pencegahan stroke adalah untuk menurunkan kecacatan dini, kematian, serta memperpanjang hidup dengan kualitas yang baik. Pencegahan stroke antara lain pencegahan primer, sekunder dan tersier dengan menggabungkan 4 faktor utama yang mempengaruhi penyakit yaitu gaya hidup, lingkungan, biologis, dan pelayanan kesehatan (Nastiti, 2011).

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer dimana pasien belum pernah mengalami TIA ataupun stroke dianjurkan untuk melakukan 3M (Nastiti. 2011), yaitu:

1. Menghindari: rokok, stress mental, minum kopi dan alkohol, kegemukan, dan golongan obat-obatan yang dapat mempengaruhi serebrovaskuler (amfetamin, kokain, dan sejenisnya)
2. Mengurangi: asupan lemak, kalori, garam, dan kolesterol yang berlebihan
3. Mengontrol atau mengendalikan: hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung dan aterosklerosis, kadar lemak darah, konsumsi makanan seimbang, serta olahraga teratur 3-4 kali seminggu
4. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan pada mereka yang pernah mengalami TIA atau memiliki riwayat stroke sebelumnya, yaitu:

1. Mengontrol faktor risiko stroke atau aterosklerosis meliputi modifikasi gaya hidup seperti mengobati hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung dengan obat dan diit, stop merokok dan minum alkohol, turunkan berat badan dan rajin olahraga serta menghindari stress
2. Melibatkan peran keluarga seoptimal mungkin, yang dapat mengatasi krisis sosial dan emosional penderita stroke dengan cara memahami kondisi baru bagi pasien pasca stroke yang bergantung pada orang lain
3. Menggunakan obat-obatan dalam pengelolaan dan pencegahan stroke seperti anti-agregasi trombosit dan anti koagulan.
4. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier dilihat dari 4 faktor utama yang mempengaruhi penyakit yaitu gaya hidup, lingkungan, biologis, dan pelayanan kesehatan (Nastiti, 2011). Pencegahan tersier merupakan rehabilitasi yang dilakukan pada penderita stroke yang telah mengalami kelumpuhan pada tubuhnya agar tidak bertambah parah dan dapat mengalihkan fungsi anggota badan yang masih normal yaitu dengan cara:

1. Gaya hidup: reduksi stress, exercise sedang, dan berhenti merokok
2. Lingkungan: menjaga keamanan dan keselamatan (tinggal di rumah lantai pertama, menggunakan *wheel chair*) dan dukungan penuh dari keluarga
3. Biologi: kepatuhan berobat, terapi fisik dan bicara
4. Pelayanan kesehatan: *emergency medical technic* dan asuransi
	* 1. **Etiologi Stroke Iskemik**
5. AterosklerosisAterosklerosis 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).

1. Thrombus

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).

1. 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).

* + 1. **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.

Thrombus dapat berasal dari plak aterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan.Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah.Thrombus 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 aktivitaskehidupan sehari-hari dapat terganggu dan tidak dapat terpenuhi secara maksimal (Muttaqin, 2008).

* + 1. **Pathway Stroke Iskemik**

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) sebagai berikut:

Faktor risiko stroke

**2.1.10 Manifestasi Klinik Stroke Iskemik**

Aterosklerosis, thrombus, dan emboli serebral

Pembuluh darah oklusi, iskemik jaringan otak

Stroke iskemik

Penurunan suplai darah dan oksigen ke otak

**Defisit perawatan diri (berpakaian, eliminasi, makan, mandi)**

**Hambatan komunikasi verbal**

**Kerusakan integritas kulit**

Tirah baring lama menyebabkan luka dekubitus

**Hambatan mobilitas fisik**

Kontrol otot facial dan oral melemah

Ketidakmampuan bicara (disartria)

Hemiparesis atau hemiplegi

Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal

Kerusakan Nervus VII (facial) dan IX (glossofaringeus)

**Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh**

Proses menelan tidak efektif (disfagia)

Disfungsi Nervus XI (assesorius)

Penurunan fungsi Nervus X (vagus)dan IX (glosofaringeus)

Arteri vertebra basilaris

**Risiko jatuh**

Kebutaan

Penurunan kemampuan retina untuk menangkap objek

Penurunan aliran darah ke retina

Disfungsi Nervus II (optikus)

Arteri serebri media

Arteri karotis interna

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

1. Stroke sisi kiri
2. Paralisis sisi kanan

Kehilangan fungsi dan sensibilitas otot kanan

1. Defisit wicara dan berbahasa
2. Perilaku yang lamban dan berhati-hati
3. Kehilangan memori dalam berbahasa
4. Disartria sisi kanan

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

1. Afasia

Ketidakmampuan memahami atau menghasilkan bahasa

1. Aprakisa

Ketidakmampuan mengendalikan otot, gerakan tak terkoordinasi

1. Stroke sisi kanan
2. Paralisis sisi kiri

Kehilangan fungsi dan sensibilitas otot kiri

1. Perilaku yang cepat dan impulsive
2. Kehilangan memori dalam kerja
3. Disartria sisi kiri

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

**2.1.11 Faktor-Faktor Risiko Stroke Iskemik**

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) faktor-faktor yang berisiko

 menyebabkan stroke adalah:

1. Faktor yang tidak dapat dirubah (non reversible)
2. Jenis kelamin
3. Usia
4. Keturunan
5. Faktor yang dapat dirubah (reversible)
6. Hipertensi
7. Penyakit jantung
8. Kolesterol tinggi
9. Obesitas
10. Diabetes Mellitus
11. Polisitemia (kelainan sumsum tulang belakang)
12. Stress emosional
13. Kebiasaan hidup
14. Merokok
15. Peminum alkohol
16. Obat-obatan terlarang
17. Kurang olahraga

 Menurut (Goldszmidt & Caplan, 2011) faktor risiko terjadinya stroke

 terbagi menjadi:

1. Faktor risiko stroke lakunar
2. Hipertensi dan diabetes mellitus
3. Faktor risiko stroke trombotik
4. Merokok
5. Penyakit arteri koroner
6. Kolesterol tinggi
7. Faktor risiko stroke embolik
8. Fibrilasi atrium
9. Penyakit katup jantung
10. Thrombus ventrikel kiri
11. Kardiomiopati
12. Penyakit arteri koroner
13. Plak arkus aorta

 **2.1.12 Komplikasi Stroke Iskemik**

 Menurut (Goldszmidt &Caplan, 2011) stroke dapat menyebabkan

 komplikasi sebagai berikut:

1. Thrombosis vena dalam (DVT)

Insiden DVT sangat tinggi selama masa pemulihan. Terapinya adalah:

1. Ambulasi secara dini
2. Heparin dalam bentuk tidak terpecah (5.000 unit SC 2x sehari)
3. Heparin dengan molekul rendah (enoxaparin 0,5mg/kg SC setiap 12 jam atau 1,5 mg/kg setiap 24 jam)
4. Depresi

Sindrom depresi sulit dikenali pada pasien stroke.Depresi sebaiknya dipikirkan bila terdapat pemulihan yang lebih lambat daripada hasilyang diharapkan, kurangnya kooperasi saat terapi, emosi labil.Pasien dapat berespon baik terhadap terapi farmakologis yang diberikan.

1. Malnutrisi

Berikan suplemen vitamin untuk meningkatkan nafsu makan pada pasien stroke.

1. Ulkus dekubitus

Perlu dilakukan pemantauan yang cermat terhadap perawatan kulit.Menjaga kulit tetap bersih, sering rubah posisi pasien.Debridemen luka dibutuhkan pada kasus yang berat.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang Stroke Iskemik**
1. Pemeriksaan *Scanning*
2. 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 troke iskemik, warna otak akan lebih banyak warna hitam. Sedangkan stroke hemoragik lebih banyak berwarna putih (Sutrisno, 2007).

**2.1.14 Penatalaksanaan Stroke Iskemik**

1. Penatalaksanaan Medis
2. 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).

1. Heparin dan warfarin (anti koagulan)

Anti koagulan diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskular. Ada dua efek samping mayor dari heparin, yakni bocornya darah dari pembuluh darah atau perdarahan dan trombositopenia.Warfarin bekerja menghambat faktor-faktor pembekuan yang tergantung dari vitamin K, risiko terbesar penggunaan warfarin adalah peningkatan perdarahan intraserebral sebanyak 6-10x setelah terapi selama satu tahun (Sutrisno, 2007).

1. Pentalaksanaan Keperawatan

Menurut (Muttaqin, 2008) sebagai berikut:

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

**2.2.1 Pengertian Perawatan Diri dan Defisit Perawatan Diri**

Perawatan diri atau kebersihan diri merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis (Alimul, 2009).

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

Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan seseorang dalam memelihara kebersihan untuk mempertahankan kesehatan. Hal ini disebabkan adanya proses penyakit pada diri seseorang sehingga membutuhkan orang lain untuk melakukan perawatan.

* + 1. **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)
	* 1. **Macam-Macam Defisit Perawatan Diri**
6. Defisit perawatan diri makan

Ketidakmampuan seseorang untuk melakukan aktivitas makan secara mandiri.Misalnya ketidakmampuan menyiapkan makanan untuk dimakan, mangambil makanan, mengunyah makanan, menempatkan makanan ke perlengkapan makanan (Nurarif & Kusuma, 2015).

1. Defisit perawatan diri mandi

Ketidakmampuan seseorang untuk melakukan dan menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri secara mandiri.Misalnya ketidakmampuan mengakses kamar mandi, mengambil perlengkapan mandi, menjangkau sumber air, membasuh tubuh, menggosok gigi, dan mengeringkan tubuh (Nurarif & Kusuma, 2015).

1. Defisit perawatan diri eliminasi

Ketidakmampuan seseorang untuk melakukan dan menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.Misalnya ketidakmampuan melakukan perawatan diri setelah eliminasi, naik ke toilet, duduk di toilet, berdiri dari toilet, dan menyiram toilet (Nurarif & Kusuma, 2015).

1. Defisit perawatan diri berpakaian

Ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri.Misalnya ketidakmampuan mengambil pakaian, mengenakan pakaian bagian atas dan bawah, mengancingkan pakaian, menggunakan resleting, melepaskan atribut pakaian, dan mempertahankan penampilan yang memuaskan (Nurarif & Kusuma, 2015).

* + 1. **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perawatan Diri**
1. Hubungan sosial

Manusia merupakan makhluk sosial dan karenanya berada dalam kelompok sosial. Kondisi ini akan memungkinkan seseorang untuk berhubungan, berinteraksi, dan bersosialisasi satu dengan yang lainnya. Kebersihan diri seseorang sangat mempengaruhi praktik sosial seseorang. Pada lansia akan terjadi beberapa perubahan dalam praktik perawatan diri karena perubahan dalam kondisi fisiknya (Isro’in & Andarmoyo, 2012)

1. Pilihan pribadi

Seseorang memiliki keinginan dan pilihan tersendiri dalam praktik perawatan diri.misalnya kapan dia harus mandi, melakukan perawatan rambut, termasuk memilih produk yang digunakan dalam praktik perawatan dirinya seperti shampoo, sabun, deodoran, pasta gigi. Pilihan-pilihan tersebut setidaknya membantu perawat dalam mengembangkan intervensi keperawatan yang lebih kepada pasien (Isro’in & Andarmoyo, 2012).

1. Citra tubuh

Citra tubuh merupakan cara pandang seseorang terhadap bentuk tubuhnya, citra tubuh sangat mempengaruhi dalam praktik perawatan diri seseorang. Saat seorang perawat dihadapkan pada klien yang tampak berantakan, tidak rapi, atau tidak peduli dengan perawatan dirinya, maka dibutuhkan edukasi tentang pentingnya kebersihan diri untuk kesehatan (Isro’in & Andarmoyo, 2012).

1. Pengetahuan dan motivasi

Pengetahuan tentang perawatan diri akan mempengaruhi praktik perawatan diri pada seseorang. Namun, hal ini saja tentu tidak cukup, karena motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan kebersihan diri.Permasalahan yang sering terjadi adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan.Sebagai seorang perawat yang bisa dilakukan dalam hal ini adalah mendiskusikannya dengan klien, memeriksa kebutuhan perawatan diri klien dan memberikan informasi yang tepat dan adekuat kepada klien (Isro’in & Andarmoyo, 2012).

1. Kondisi fisik

Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan perawatan diri.Kelemahan akibat artritis, 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).

* + 1. **Dampak Defisit Perawatan Diri**
1. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik.Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa, gangguan fisik pada kuku (Isro’in & Andarmoyo, 2012).

1. Dampak Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan perawatan diri adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, aktualisasi diri menurun, dan gangguan dalam berinteraksi dengan lingkungan sekitar (Isro’in & Andarmoyo, 2012).

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik**

Menurut (Muttaqin, 2008) dan (Muttaqin, 2011) konsep asuhan keperawatan pada pasien post stroke iskemik adalah sebagai berikut:

**2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal pengkajian.

1. Keluhan utama .

 Klien mengeluhkan kelemahan anggota gerak sekanan, bicara pelo,

 tidak dapat berkomunikasi.

1. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke terjadi secara mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual muntah, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

1. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, dan kegemukan.Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol.Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

1. Riwayat penyakit keluarga

Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, stroke dari generasi terdahulu.

1. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien.Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya.Perubahan peran klien dalam keluarga, masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya. Dampak yang timbul pada klien stroke yaitu adanya rasa ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah. Adanya perubahan hubungan dan peran klien mengalami kesulitan saat berkomunikasi akibat gangguan bicara.Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dilihat dari pola penanganan stress, klien mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi, dalam pola tata nilai dan kepercayaan klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

1. Pemeriksaan fisik
	1. Keadaan umum

Kesadaran compos mentis, kadang mengalami gangguan bicara yang sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

* 1. B1 (*Breathing)*

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun.Hal ini biasanya didapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.Pada klien stroke dengan tingkat kesadaran compos mentis, inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan, palpasi toraks didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri.Perkusi pada suara paru normal (sonor).Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

* 1. B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan syok hipovolemik yang sering terjadi pada klien stroke.Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi (tekanan darah > 200mmHg).

* 1. B3 (*Brain*)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat. Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

* 1. Pengkajian fungsi serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, hemisfer.

1. Status mental

Observasi penampilan, tingkah laku, gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

1. Fungsi intelektual

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami *brain damage* yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

1. Kemampuan bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral.Disfagia reseptif yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan dan bahasa tertulis.Disfagia ekspresif yaitu klien dapat mengerti tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar.Disartria yaitu bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot.Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

1. Lobus frontal

Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi pada lobus frontal.Disfungsi ini dapat ditunjukkan dengan adanya kesulitan dalam pemahaman, lupa, kurang motivasi menyebabkan klien ini mengalami frustasi dalam program rehabilitasi.

1. HemisferStroke hemisfer kanan didapatkan hemiparese sebelah kiri tubuh, akibatnya penilaian buruk dan mempunyai kerentanan jatuh .sedangkan pada stroke hemisfer kiri didapatkan hemiparese kanan, akibatnya perilaku lambat, kelainan bidang pandang sebelah kanan, dan mudah frustasi.
	1. Pengkajian saraf kranial
		* 1. Saraf I (Nervus Olfaktorius)

Pada klien stroke biasanya tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

* + - 1. Saraf II (Nerfus Optikus)

Disfungsi persepsi visual karena gangguan sensori primer di antara mata dan korteks visual.Sering terlihat pada klien stroke hemiplegia kiri.Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

* + - 1. Saraf III (Nerfus Okulomotis), IV (Nerfus Troklearis), VI (Nerfus Abdusen)

Stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat di sisi yang terkait.

* + - 1. Saraf V (Nerfus Trigeminus)

Beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis, menyebabkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah serta kelumpuhan satu sisi otot.

* + - 1. Saraf VII (Saraf Fasialis)

Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi wajah yang sehat.

* + - 1. Saraf VIII (Saraf Auditorius)

Pada pasien stroke tidak didapatkan tuli.

* + - 1. Saraf IX (Nerfus Glossofaringeus) dan Saraf X (Nervus Vagus)Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
			2. Saraf XI (Nerfus Assesorius)

Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

* + - 1. Saraf XII (Nerfus Hipoglosus)

Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi serta indra pengecapan normal.

* 1. Pengkajian sistem motorik

Pemeriksaan tonus otot secara pasif gerakan lengan bawah di sendi siku dan tungkai bawah di sendi lutut digerakkan secara fleksi dan ekstensi oleh perawat pemeriksa berulang kali secara perlahan dan kemudian secara cepat.Tahanan yang terasa oleh perawat pemeriksa sewaktu menekukkan dan meluruskan bagian-bagian anggota tersebut.Penilaian tonus otot meningkat berarti bahwa perawat pemeriksa mendapat kesulitan untuk menekuk dan meluruskan lengan serta tungkai di sendi siku dan lutut.

* 1. Pengkajian sistem sensorik.Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau lebih berat,
	2. kehilangan kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual dan auditorius.
	3. B4 (*Bladder*)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik.Kadang kontrol sfingter urine berkurang.Selama periode ini dilakukan kateterisasi dengan tekhnik steril.Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

* 1. B5 (*Bowel*)

Adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut.Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi.Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

* 1. B6 (*Bone*)

Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan.Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh. Pada kulit, jika klien kekurangan oksigen kulit tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik.Adanya kesulitan beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralisis/hemiplegia, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

* + 1. **Diagnosis Keperawatan**

Menurut (Wilkinson, 2011) sebagai berikut:

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis dan hemiplegi
2. Defisit perawatan diri makan berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri
3. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri
4. Defisit perawatan diri berpakaianberhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri
5. Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri
6. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial/oral
7. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama
8. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia

**2.3.3 Intervensi Keperawatan Pasien Stroke Iskemik**

 Menurut (Wilkinson, 2011) sebagai berikut:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **INTERVENSI** |
| **Tujuan/NOC** | **Intervensi/NIC** |
| 1 | Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis dan hemiplegi | 1. Mencapai mobilitas di tempat tidur yang dibuktikan oleh pengaturan posisi tubuh
2. Klien mampu melakukan rentang pergerakan penuh seluruh sendi
3. Klien mampu berbalik sendiri di tempat tidur atau memerlukan bantuan
4. Menunjukkan penggunaan alat bantu
5. Meminta bantuan reposisi sesuai dengan kebutuhan
 | 1. Kaji mobilitas klien secara terus-menerus
2. Kaji tingkat kesadaran klien
3. Kaji kekuatan otot dan mobilitas sendi
4. Kaji kebutuhan penggunaan alat bantu dalam jangka lama dan bantu klien untuk mendapatkan peralatan tersebut jika memungkinkan
5. Libatkan keluarga saat pemberian asuhan
6. Ajarkan klien dan keluarga cara menggunakan alat bantu
7. Latih klien dan keluarga tentang rentang pergerakan sendi aktif dan pasif untuk memperbaiki kekuatan dan daya tahan otot
8. Latih klien dan keluarga tekhnik membalik dan memperbaiki kesejajaran tubuh
9. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik/okuterapi sebagai sumber dalam penyusunan rencana untuk mempertahankan dan meningkatkan mobilitas di tempat tidur
10. Berikan dukungan kepada klien yang positif selama aktivitas
11. Dukung keluarga untuk memungkinkan klien berpartisipasi dalam perawatan diri seoptimal mungkin danjelaska manfaat mempertahankan kemandirian
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **INTERVENSI** |
| **Tujuan/NOC** | **Intervensi/NIC** |
| 2. | Defisit perawatan diri makan berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri | 1. Menunjukkan perawatan diri makan secara mandiri
2. Klien mampu makan secara mandiri
3. Klien mampu menerima suapan dari pemberi asuhan
4. Mengungkapkan kepuasan maka dan terhadap kemampuan untuk makan secara mandiri
5. Menggunakan alat bantu untuk makan
6. Mampu membuka wadah makanan dan menyiapkan makanan
 | 1. Kaji kemampuan menggunakan alat bantu
2. Kaji tingat energi dan toleransi terhadap aktivitas
3. Kaji defisit fisik yang dapat mempersulit individu untuk makan sendiri
4. Libatkan keluarga saat pemberian asuhan
5. Ajarkan klien dan keluarga terkait penggunaan alat bantu
6. Hindari penggunaan alat bantu makan yang mudah pecah
7. Anjurkan makan di lingkungan yang nyaman
8. Sediakan makanan dalam porsi kecil setiap kali makan
9. Dorong kemandirian klien dalam makan dan minum, dan berikan bantuan jika diperlukan
10. Jaga privasi klien saat makan jika merasa malu
11. Biarkan klien menentukan makanan yang akan dimakan
12. Anjurkan klien untuk makan dengan duduk dan jangan tergesa-gesa
13. Kolaborasi tindakan untuk meredakan rasa nyeri sebelum makan jika diperlukan
14. Untuk klien yang perlu disuapi, ajarkan keluarga untuk mengobservasi dan melaporkan kepada perawat tanda dan gejala disfagia (misalnya batuk, tersedak)
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **INTERVENSI** |
| **Tujuan/NOC** | **Intervensi/NIC** |
| 3. | Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri | 1. Klien menerima perawatan dari pemberi asuhan
2. Klien mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral
3. Mempertahankan mobilitas untuk ke kamar mandi
4. Mampu mengatur pancaran air
5. Mampu membersihkan dan mengeringkan tubuh
6. Melakukan perawatan mulut
 | 1. Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu
2. Kaji membran mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari
3. Kaji kondisi kulit saat mandi
4. Pantau adanya perubahan kemampuan fungsi
5. Pantau kebersihan kuku sesuai kemampuan perawatan diri klien
6. Libatkan keluarga dalam pemberian asuhan
7. Ajarkan klien dan keluarga cara mandi dan hygiene oral yang benar
8. Dukung kemandirian klien untuk melakukan mandi dan hygiene oral
9. Berikan bantuan sampai klien benar-benar mampu melakukan perawatan diri
10. Letakkkan peralatan mandi di samping tempat tidur atau di kamar mandi yang mudah dijangkau oleh klien
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **INTERVENSI** |
| **Tujuan/NOC** | **Intervensi/NIC** |
| 4. | Defisit perawatan diri berpakaianberhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri | 1. Klien menerima perawatan dari pemberi asuhan
2. Mengungkapkan kepuasan dalam berpakaian dan menata rambut
3. Berpakaian dan menyisir rambut secara mandiri
4. Memilih pakaian dan mengambilnya dari lemari atau laci baju
5. Meritsleting dan mengancing pakaian
6. Mengenakan pakaian secara rapi
7. Mampu melepas pakaian
8. Menunjukkan rambut yang rapi dan bersih
9. Menggunakan tata rias
 | 1. Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu
2. Pantau tingkat kekuatan dan toleransi terhadap aktivitas
3. Pantau peningkatan dan penurunan kemampuan untuk berpakaian dan melakukan perawatan rambut
4. Pantau defisit fisik yang dapat mempersulit klien dalam berpakaian dan menyisir rambut
5. Libatkan keluarga dalam pemberian asuhan
6. Ajarkan klien dan keluarga penggunaan alat bantu dan aktivitas yang adaptif
7. Fasilitasi bantuan pemangkas rambut atau penata kecantikan jika diperlukan
8. Dukung kemandirian klien dalam berpakaian dan menata rambut
9. Dukung klien untuk mengatur langkahnya sendiri saat berpakaian
10. Bantu klien untuk memilih pakaian yang mudah dipakai dan dilepas
11. Berikan keamanan dengan mempertahankan lingkungan yang teratur dan pencahayaan yang baik
12. Anjurkan klien dan keluarga untuk menyiapkan pakaian di tempat yang mudah dijangkau
13. Pertahankan privasi saat klien berpakaian
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **INTERVENSI** |
| **Tujuan/NOC** | **Intervensi/NIC** |
| 5. | Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri | 1. Klien menerima perawatan dari pemberi asuhan
2. Mengenali atau mengetahui kebutuha bantuan untuk eliminasi
3. Mengenali ndan berespon terhadap urgensi untuk berkemih dan defekasi
4. Mampu duduk dan turun dari kloset
5. Mampu membersihkan diri setelah eliminasi
 | 1. Kaji kemampuan ambulasi secara mandiri dan aman
2. Kaji kemampuan untuk memanipulasi pakaian
3. Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu
4. Pantau tingkat kekuatan dan toleransi aktivitas
5. Kaji peningkatan dan penurunan untuk ke toilet sendiri
6. Kaji defisit fisik yang mempersulit untuk eliminasi secara mandiri
7. Libatkan keluarga dalam pemberian asuhan
8. Ajarkan klien dan keluarga tekhnik ambulasi dan berpindah tempat
9. Ajarkan klien dan keluarga dalam rutinitas eliminasi
10. Bantu klien untuk eliminasi atau lakukan perawatan dasar jika diperlukan
11. Hindari penggunaan kateter menetap jika dimungkinkan
12. Batu klien saat menggunakan kloset
13. Siram kloset dan bersihkan peralatan eliminasi
14. Ajarkan klien dan keluarga penggunaan pispot jika dimungkinkan
15. Fasilitasi hygiene eliminasi setalah eliminasi
16. Bantu klien untuk mengganti pakaian setelah eliminasi
17. Jaga privasi klien saat eliminasi
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **INTERVENSI** |
| **Tujuan/NOC** | **Intervensi/NIC** |
| 6. | Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial/oral | 1. Menggunakan komunikasi dengan bahasa tertulis, lisan, non verbal
2. Menggunakan bahasa isyarat, gambar dan foto
3. Bertukar pesan secara akurat dengan orang lain
4. Klien mampu mengkomunikasikan kebutuhan kepada keluarga
5. Klien mampu mengkomunikasikan kepuasan dengan cara komunikasi alternative
 | 1. Bantu klien menerima dan mempelajari metode alternatif untuk hidup dengan gangguan bicara
2. Kaji dan dokumentasikan bahasa utama, kemampuan berbicara, mendengar, menulis, membaca, dan memahami
3. Kaji kemampuan untuk melakukan komunikasi dengan keluarga
4. Beri edukasi kepada klien mengapa ia tidak dapat berbicara atau memahami dengan baik
5. Konsultasikan dengan dokter tentang kebutuhan terapi wicara
6. Anjurkan keluarga untuk memberi stimulasi komunikasi
7. Dorong klien untuk berkomunikasi secara perlahan
8. Berikan dukungan positif dengan sering atas upaya klien untuk berkomunikasi
9. Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, *handphone* untuk memfasilitasi komunikasi yang optimal
10. Libatkan klien dan keluarga dalam mengembangkan rencana komunikasi
11. Dorong keluarga untuk melibatkan klien dalam aktivitas keluarga seoptimal mungkin
12. Dengarkan pembicaraan klien dengan sepenuh hati
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **INTERVENSI** |
| **Tujuan/NOC** | **Intervensi/NIC** |
| 7. | Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama | 1. Mendemonstrasikan aktivitas perawatan kulit rutin yang efektif
2. Memiliki nadi kuat dan simetris
3. Memiliki warna kulit yang normal
4. Memiliki suhu tubuh yang normal
5. Tidak mengalami nyeri di ekstremitas
6. Mengonsumsi makanan secara adekuat untuk meningkatkan integritas kulit
 | 1. Kaji tingkat keterbatasan kemampuan untuk berpindah atau bergerak dari tempat tidur
2. Gunakan kasur penurun tekanan (misalnya busa poliuretan)
3. Pertahankan tempat tidur bersih, kering, dan bebas kerutan
4. Ganti titik berat klien setiap 15 menit sekali
5. Tinggikan bagian kepala tempat tidur seminimal dan secepat mungkin
6. Gunakan tekhnik yang benar dalam mengubah posisi
7. Ubah posisi setiap 1 sampai 2 jam secara teratur
8. Libatkan keluarga dalam pemberian asuhan
9. Ajarkan keluarga dalam mempertahankan integritas yang baik
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **INTERVENSI** |
| **Tujuan/NOC** | **Intervensi/NIC** |
|  8. | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia | 1. Mempertahankan berat badan
2. Menjelaskan komponen diet bergisi adekuat
3. Mengungkapkan tekad untuk mematuhi diet
4. Menoleransi diet yang dianjurkan
5. Melaporkan tingkat energi yang adekuat
 | 1. Kaji dan dokumentasikan derajat kesulitan mengunyah dan menelan
2. Konsultasikan dengan ahli terapi okupasi
3. Kaji makanan kesukaan klien
4. Siapkan kateter penghisap di samping tempat tidur selama makan
5. Ubah posisi klien semi fowler selama makan
6. Anjurkan klien dan keluarga tentang perawatan gigi
7. Kolaborasi dengan ahli gizi terkait kalori yang dibutuhkan klien
8. Timbang berat badan klien pada interval yang tepat
9. Libatkan keluarga dalam pemberian asuhan
10. Ajarkan klien dan keluarga untuk perencanaan makan
11. Ajarkan klien dan keluarga tentang makaa yang bergizi dan tidak mahal
12. Buat jadwal perencanaan makan dengan klien dan keluarga
13. Dukung keluarga untuk membuatkan makanan yang disukai klien
14. Ciptakan lingkungan yang nyaman saat makan
15. Suapi klien jika diperlukan
16. Ajarkan klien dan keluarga cara membuat catatan harian makanan jika diperlukan
 |

* + 1. **Implementasi Keperawatan Pasien Stroke.**

Pada tahap tindakan keperawatan/ implementasi, tugas perawat adalah membantupasien untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tahap ini dimulai setelah rencana tindakan disusun. Perawat mengimplementasi tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan (Hutahaean, 2010:119).

* + 1. **Evaluasi Keperawatan Pasien Stroke.**

 Evaluasi dilakukan dengan melihat respon klien terhadap asuhan

 keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan

 selanjutnya. Melalui tahap evaluasi ini perubahan respon klien akan dapat

 dideteksi (Hutahean, 2010:123).

 Evaluasi keperawatan didapatkan dari implementasi keperawatan yang

 telah dilakukan oleh peneliti selama 6 kali kunjungan,serta di dokumentasi

 kan dalam bentuk SOAP.