

BAB 2

KONSEP TEORI

2.1 Stroke Iskemik

2.1.1 Definisi Stroke Iskemik

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebab akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Sudoyo Aru, 2009). Stroke adalah salah satu sindrom neurologi yang dapat menimbulkan kecacatan dalam kehidupan manusia (Jusuf Misbach, 2011). Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak (serebrovaskuler) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebral). Ini disebabkan karena adanya penyumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak sehingga pasokan darah dan oksigen ke otak menjadi berkurang dan menimbulkan serangkaian reaksi biokimia yang akan merusak atau mematikan sel-sel otak (Rudy, 2010).

Stroke iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang apabila tidak ditangani dengan segera maka berakhir dengan kematian bagian otak tersebut. Stroke iskemik terjadi karena suplai darah ke otak terhambat atau terhenti. Walaupun berat otak hanya sekitar 1400 gram, namun menuntut suplai darah yang relatif sangat besar yaitu sekitar 20% dari seluruh curah jantung. Kegagalan dalam memasok darah akan menyebabkan gangguan fungsi bagian otak atau yang terserang atau terjadi kematian sel saraf (nekrosis) dan kejadian inilah yang lazimnya disebut stroke (Junaidi, 2011).

2.1.2 Etiologi stroke iskemik

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan ischemic cerebral. Tanda dan gejala sering kali membentuk pada 48 jam Setelah trombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan trombosis otak:

- a. Aterosklerosis
- b. Hiperkoagulasi padapolisitemia
- c. Arteritis (radang padaarteri)
- d. Emboli (Muttaqin, 2012)

Menurut Ida dan Nila (2009) dalam Sari D. P., (2017), stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti.

2.1.3 Jenis-jenis Stroke Iskemik

a. Stroke iskemik Trombotik

Stroke jenis ini terjadi karena adanya penggumpalan pada pembuluh darah ke otak. Dari 80 persen kasus stroke iskemik, 50 persennya disumbangkan oleh stroke iskemik trombotik. Serangan biasanya terjadi pada malam hari dan dini hari. Stroke iskemik trombotik secara klinis disebut juga sebagai serebral trombosis. Serebral trombosis ini pun

diuraikan lagi berdasarkan jenis pembuluh darah tempat terjadinya penggumpalan.

Pertama, trombosis pembuluh darah yang besar. Yang kerap terjadi di pembuluh arteri besar otak. Trombosis pembuluh darah besar merupakan 70 persen kasus stroke iskemik trombotik. Dalam banyak kasus, trombosis pembuluh darah besar diakibatkan oleh aterosklerosis yang diikuti oleh terbentuknya gumpalan darah yang cepat. Juga ditopang oleh tingginya kadar kolesterol jahat (LDL). Dampak dan kerusakannya cenderung dibesar-besarkan karena sebenarnya otak juga diberi makan oleh pembuluh darah kecil.

Kedua, Trombosis pembuluh darah kecil. Terjadi ketika aliran darah kepembuluh darah arteri kecil terhalang. Ini terkait dengan hipertensi dan merupakan indikator penyakit aterosklerosis.

b. Stroke iskemik Embolitik

Terjadi tidak dipembuluh darah otak, melainkan di tempat lain, seperti di jantung. Penggumpalan darah terjadi di jantung, sehingga darah tak bisa mengalir oksigen dan nutrisi ke otak. Kelainan pada jantung ini mengakibatkan curah jantung berkurang atau tekanan perfusi yang menurun. Biasanya penyakit stroke jenis ini muncul pada saat penderita mengalami aktivitas fisik, misalnya berolahraga. Ketika tengah berolahraga, tiba-tiba tekanan jantung anjlok. Akibatnya, jantung gagal memompa darah ke otak. Atau adanya embolus yang terlepas dari jantung dan menyebabkan penyumbatan pembuluh darah ke otak. (Sutrisno, 2007).

2.1.4 Patofisiologi

Penyebab terjadinya stroke iskemik yaitu diakibatkan oleh trombosis yang memberi vaskularisasi yang terjadi pada otak dan oleh emboli yang berasal dari luar otak yang tinggal di arteri otak, yang secara perlahan akan mengalami pembesaran lama kelamaan akan membentuk trombus (Sudoyo,2009).

Adapun keberadaan trombus dan emboli dalam pembuluh darah ini akan terlepas dan menetap dalam pembuluh darah distal, terjadinya gangguan atau pengurangan aliran darah ke otak sehingga sel-sel di otak akan mengalami kekurangan pasokan nutrisi dan penghantaran oksigen yang terganggu, keadaan ini akan mengakibatkan terjadinya asidosis sehingga lama kelamaan akan mengalami defisit neurologis (Chang, 2012).

Iskemia disebabkan oleh resiko perfusi serebral tidak efektif yang mana penyebabnya yaitu trombus dan emboli yang tidak dialiri darah. Dampak yang akan timbul apabila keadaan ini terjadi secara terus menerus akan mengakibatkan penyumbatan atau infark. Selanjutnya akan mengganggu pada sistem persyarafan di dalam tubuh seperti mengalami kelemahan pada anggota tubuh, mengalami ketergantungan atau defisit perawatan diri. Terjadi penurunan volunter mengakibatkan berkurangnya kemampuan batuk dan mengakibatkan penumpukan secret sehingga terjadi gangguan pada jalan nafas, sehingga klien tidak mampu untuk menggerakkan otot-otot untuk bicara dan akibatnya klien dengan stroke akan mengalami gangguan berbicara, berbahasa dan terhambat dalam komunikasinya.

2.1.5 Manifestasi Klinis stroke

Manifestasi stroke yang umum terjadi di masyarakat antara lain sebagai berikut:

- a. Mati rasa mendadak pada wajah, atau rasa lemah mendadak pada lengan, tungkai, kaki, terutama pada satu sisi tubuh.
- b. Mendadak sulit berjalan, kehilangan keseimbangan tubuh, atau koordinasi anggota tubuh.
- c. Merasa lemah dan tidak bertenaga
- d. Tiba-tiba pusing atau kehilangan keseimbangan.
- e. Tiba-tiba menderita sakit kepala yang parah (yang kadang disebut penderita sebagai sakit kepala terparah selama hidup).
- f. Bingung atau sulit berbicara.
- g. Mulut mencong ke kiri dan ke kanan.
- h. Separo badan terasa pegal, kesemutan, dan panas seperti terkena cabai/ terbakar.
- i. Lidah mencong bila dijulurkan.
- j. Sulit menelan atau saat makan/minum mudah tersedak.
- k. Terasa tidak ada koordinasi antara yang dibicarakan dan yang ada di pikiran.
- l. Tidak bisa atau sulit membaca dan menulis, ada beberapa hal hilang dalam ingatan.
- m. Penglihatan terganggu (sebagian lapangan pandang terganggu atau penglihatannya rangkap).
- n. Kemunduran pendengaran (tuli satu telinga).

- o. Gerakan tidak terkoordinasi.
- p. Mendadak lumpuh setengah badan (kiri atau kanan).
- q. Terjadi nyeri kepala sangat hebat dengan karakter tidak lazim.
- r. Kejang yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya.
- s. Sakit kepala berat atau vertigo parah tanpa diketahui penyebabnya.

2.1.6 Faktor Stroke

Faktor Resiko

Faktor risiko yang memicu tingginya angka kejadian stroke iskemik adalah faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, ras, gender, genetik, dan riwayat stroke sebelumnya. Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi berupa hipertensi, merokok, penyakit jantung, diabetes, obesitas, penggunaan oral kontrasepsi, alkohol, hiperkolesterolemia (Kabi dkk., 2015).

1. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi Faktor resiko adalah yang meningkatkan kecenderungan seorang untuk mengalami stroke. Penelusuran faktor resiko penting dilakukan agar dapat menghindari mencegah stroke (Indrawati, 2009).

a. Pernah terserang stroke

Seseorang yang pernah mengalami stroke, termasuk TIA, rentan terserang stroke berulang. Seorang yang pernah mengalami TIA akan 9x lebih beresiko mengalami stroke dibandingkan yang tidak mengalami TIA (Indrawati dkk, 2009).

b. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko utama dari penyakit stroke iskemik, baik tekanan sistolik maupun tekanan diastolik yang tinggi. Semakin tinggi tekanan darah seseorang, maka semakin besar resiko untuk terkena stroke. Hal ini disebabkan oleh 12 hipertensi dapat menipiskan dinding pembuluh darah dan merusak bagian dalam pembuluh darah yang mendorong terbentuknya plak aterosklerosis sehingga memudahkan terjadinya penyumbatan atau pendarahan otak (Kabi dkk., 2015).

c. Diabetes Melitus

Diabetes mellitus merupakan keadaan hiperglikemia yang kronis, disebabkan oleh berbagai faktor lingkungan dan faktor genetik. Dari berbagai penelitian ditemukan bahwa orang dengan DM memiliki resiko lebih besar untuk terkena stroke iskemik daripada orang yang tidak memiliki riwayat DM, karena dapat memicu terjadinya aterosklerosis lebih cepat dibandingkan dengan orang yang tidak menderita DM (Kabi dkk., 2015).

2. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi ada faktor resiko terkena stroke yang dapat dikontrol ataupun dimodifikasi. Faktor-faktor tersebut antara lain usia, jenis kelamin, ras dan keturunan atau genetik (Kabi, 2015).

a. Usia

Lebih tua umur lebih mungkin terjadi stroke. Resiko mengalami stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Resiko semakin meningkat setelah usia 55 tahun. usia terbanyak terkena serangan stroke adalah usia 65 tahun ke atas. Pada usia lebih dari 55 tahun dapat memberikan resiko terjadinya

stroke karena dengan semakin bertambah tua usia seseorang, semakin tinggi terjadi risiko stroke ini dikarenakan pada usia lebih dari 55 tahun terjadi adanya perubahan 13 struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis dan hilangnya elastisitas pembuluh darah (Udani, 2013).

b. Jenis Kelamin

Stroke menyerang laki-laki 19% lebih banyak dibandingkan perempuan. Lebih dari 50 tahun yang berjenis kelamin laki-laki lebih tinggi 53% dibanding dengan jenis kelamin perempuan 46%. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses aterosklerosis. Namun setelah perempuan mengalami menopause, besar resiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi perempuan menjadi sama (Amalia, 2009). Ras Stroke lebih banyak menyerang dan menyebabkan kematian pada ras kulit hitam seperti Asia, kepulauan pasifik Hispanik dibandingkan kulit putih. Kulit hitam diduga karena angka kejadian hipertensi yang tertinggi serta diet tinggi garam (Indrawati dkk, 2009).

c. Genetik atau keturunan

Resiko stroke meningkat jika orang tua atau saudara kandung yang mengalami stroke ataupun TIA. Mengingat stroke menyerang secara tiba-tiba dan dapat menyebabkan kecacatan bahkan kematian maka pencegahan merupakan cara utama untuk menghindari 14 penyakit ini. Pencegahan dapat menghindari dan mengendalikan faktor resiko stroke (Indrawati dkk, 2009

). Jika seseorang pernah terkena TIA atau serangan stroke, penting sekali untuk mengetahui faktor resiko yang dipunyai. Biasanya dokter akan mendeteksi dan memberi tahu jenis faktor resiko yang ditemukan, serta menyarankan tindakan apa saja yang harus dilakukan untuk menghilangkan atau mengendalikan faktor resiko tersebut (Indrawati dkk, 2009).

2.1.7 Penatalaksanaan

1) Stadium hiperakut

Tindakan pada stadium ini dilakukan di instalansi Rawat Darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebro-kardio-pulmonal, bertujuan agar kerusakan jaringan otak tidak meluas. Pada stadium ini, pasien diberi oksigen 2 L/menit dan cairan kristaloid/koloid; hindari pemberian cairan dekstrosa atau salin dalam H₂O. Dilakukan pemeriksaan CT scan otak, elektrokardiografi, foto toraks, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protombrin time/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit); jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di instalansi Gawat Darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

2) Stadium akut

Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologik maupun penyulit. Juga dilakukan tindakan terapi fisik okupasi, wicara dan psikologis serta telaah sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada keluarga pasien perlu, menyangkut dampak stroke terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

a. Stroke iskemik

Terapi umum: Letakkan kepala pasien pada posisi 30 derajat. Kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil. Selanjutnya, bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/ menit sampai didapatkan hasil analisis gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya, jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten). Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, kristaloid atau koloid 1500-2000 mL dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan dari glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi per orala hanya jika fungsi menelannya baik, jika didapatkan gangguan menelan atau kesadaran menurun, dianjurkan melalui selang nasogastrik. Kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama. Hipoglikemia (kadar gula darah <60 mg% atau <80 mg % dengan gejala) diatasi segera dengan dekstrosa 40% iv sampai kembali normal dan harus dicari penyebabnya. Nyeri kepala atau mual dan muntah diatasi dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistolik >220 mmHg, diastolik >120 mmHg, Mean Arterial Pressure (MAP) >130 mmHg (pada 2 kalipengukuran dengan selang waktu 30 menit). Atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal. Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan :natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa-beta,

penyekat ACE, atau antagonis kalsium. Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistolik <90mmHg, diastolik <70 mmHg diberi NaCl 0,9% 250 mL selama 1 jam, dilanjutkan 500 mL selama 4 jam dan 500 mL selama 8 jam atau sampai hipotensi dapat diatasi. Jika belum terkoraksi, yaitu tekanan darah sistolik masih <90 mmHg, dapat diberi dopamin 2-20 ug/kg/menit sampai tekanan darah sistolik >110 mmHg. Jika kejang diberi diazepam 5- 20 mg iv pelan-pelan selama 3 menit, maksimal 100 mg per hari, dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan anti konvulsan per oral jangka panjang. Jika didapatkan tekanan intrakranial meningkat, diberi manitol bolus intravena 0,25 sampai 1 g/kg BB per 30 meni, dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk dilanjutkan 0,25g/kg BB per 30 menit setiap 6 jam selama 3-5 – hari. Harus dilakukan pemantauan osmolalitas (<320 mmol); sebagai alternatif, dapat diberikan larutan hipertonik (NaCl 3%) atau furosemid.

Terapi khusus: Ditunjukkan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan anti koagulan, atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (recombinant tissue Plasminogen Activator). Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu sitikolin atau pirasetam (jika didapatkan afasia.

3) Stadium sub akut

Tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan bladder training (termasuk terapi fisik). Mengingat perjalanan penyakit yang panjang, dibutuhkan penatalaksanaan khusus

intesif pasca stroke dirumah sakit dengan tujuan kemandirian pasien, mengerti, memahami, dan melaksanakan program preventif primer dan sekunder. Terapi save subakut antara lain:

1. Melanjutkan terapi sesuai kondisi akut sebelumnya
2. Penatalaksanaan komplikasi
3. Restorasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien) yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
4. Prevensi sekunder
5. Edukasi keluarga (Hardi, 2015)

2.1.8 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium menurut Muttaqin (2012) yaitu:

- a. Lumbal pungsi: pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.
- b. Analisa gas darah: pH darah di ukur secara langsung memakai pH meter. Suatu keadaan disebut asidosis bila pH di cairan ekstraseluler kurang dari 7,35 dan disebut alkalosis bila pH lebih dari 7,45
- c. Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turunkembali.
- d. Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itusendiri.
- e. Kreatini kinase (CK): enzim yang dianalisis untuk mendiagnosa infark jantung akut dan merupakan enzim pertama yang meningkatkat.

Gangguan serebri juga dihubungkan dengan nilai kadar CK dan CK-MB total abnormal.

- f. C-Reactive protein (CRP): kadarnya akan meningkat 100x dalam 24-48 jam setelah terjadi lukajaringan.
- g. Profil lemak darah: kolesterol serum total yang meningkat di atas 200 mg/ml merupakan prediktor peningkatan risiko stroke atau emboliserebri.

2.1.9 Pencegahan stroke

Pencegahan penyakit stroke terdiri dari pencegahan primer dan sekunder. Pada pencegahan primer meliputi upaya – upaya perbaikan pola hidup dan pengendalian faktor – faktor risiko. Pencegahan ini ditujukan kepada masyarakat yang sehat dan belum pernah terserang stroke, namun termasuk pada kelompok masyarakat risiko tinggi. Upaya -upaya yang dapat dilakukan adalah untuk pencegahan sebagai berikut (Misbach J, 2019):

- a. mengatur pola makan sehat
- b. penanganan stress dan beristirahat yang cukup
- c. pemeriksaan kesehatan secara teratur dan taat anjuran dokter (diet dan obat)

Pencegahan sekunder, yakni dengan mengendalikan faktor risiko yang tidak dapat di modifikasi dan dapat digunakan sebagai penanda (marker) stroke pada masyarakat, sedangkan pengendalian faktor risiko yang dapat dimodifikasi kita dapat melakukan evaluasi kepada pasien stroke saat dirawat maupun ketika keluar dari RS. Pencegahan sekunder yang dapat dilakukan pada pasien stroke iskemik akut.

- 1) Pemeriksaan MRI pada beberapa pasien dapat dipertimbangkan untuk mendapatkan informasi tambahan dalam penegakan diagnosis dan dalam membuat perencanaan perawatan selanjutnya.
- 2) Pencitraan non invasif rutin dilakukan dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk RS, dimana hanya untuk pasien dengan Modified Rankin Scale (MRS) 0-2 .

Tabel 2.1

Modified Rankin Scale (MRS)

Score	Keterangan
0	Tidak ada gejala
1	Tidak ada kecacatan yang berarti
2	Cacat ringan
3	Cacat sedang membutuhkan bantuan
4	Cacat sedang tidak dapat memenuhi kebutuhan sendiri
5	Cacat Parah (Membutuhkan perawatan dan perhatian yang konstan)
6	Mati

- 3) Monitoring jantung harus dilakukan setidaknya selama 24 jam pertama.
- 4) Pemeriksaan diabetes mellitus dengan pengujian glukosa plasma darah, hemoglobin A1c atau tes toleransi glukosa oral.
- 5) Pengukuran kadar kolesterol darah pada pasien yang telah mendapatkan terapi statin.
- 6) Penilaian troponin awal dapat diberikan, tetapi tidak boleh menunda alteplase IV atau trombektomi.

- 7) Pemberian antikoagulasi pada pasien yang memiliki hasil tes koagulasi abnormal pasca stroke iskemik.
- 8) Pemberian antitrombotik pada pasien stroke iskemik akut non kardioembolik, yakni pemilihan antiplatelet dapat mengurangi risiko stroke berulang dan kejadian kardiovaskular lainnya 9. pemberian terapi statin pada pasien selama periode akut.
- 9) Revaskularisasi karotid dapat dilakukan untuk pencegahan sekunder pada pasien stroke dengan Modified Rankin Scale (MRS) 0-2, jika tidak ada kontraindikasi.
- 10) Inisiasi intervensi di RS dengan menggabungkan farmakoterapi dan dukungan terapi perilaku pada pasien stroke yang memiliki kebiasaan merokok, serta melakukan konseling rutin agar membantu pasien berhenti merokok.
- 11) Memberikan pendidikan tentang stroke. Pasien harus diberikan informasi, saran, dan kesempatan untuk berdiskusi mengenai dampak stroke dalam kehidupan sehari-hari mereka.

2.1.10 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut (Amin & Hardi , 2015) adalah sebagai berikut:

1. Komplikasi dini (0-48 jam pertama)
 - a. Edema serebri : defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, herniasi dan akhirnya menimbulkan kematian.
 - b. Infark miokard : penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal.

2. Komplikasi jangka pendek (1-14 hari pertama)
 - a. Peneumoni : akibat imobilisasi lama.
 - b. Konstipasi : akibat imobilisasi lama.
 - c. Infark miokard.
 - d. Emboli paru : cenderung terjadi 7-14 hari pasca stroke, seringkali pada saat penderita mulai mobilisasi.
 - e. Stroke rekuren : dapat terjadi pada setiap saat.
3. Komplikasi jangka panjang Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain : penyakit vaskuler perifer.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke

Proses keperawatan merupakan perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan secara sistematis dan rasional berdasarkan kondisi masing-masing individu. Tujuan dari konsep asuhan keperawatan itu sendiri adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien dan masalah kesehatan, menyusun rencana untuk memenuhi kebutuhan pasien dan memberikan intervensi untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Lyer et al dalam Wahyuni, 2016). Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif. Misalnya tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Pada

anamnese, bagian yang dikaji adalah biodata pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit dahulu.

1. Identitas klien

a. Usia

Usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya serangan stroke (Muttaqin A. , 2011). Resiko mengalami stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Resiko semakin meningkat setelah 55 tahun, usia terbanyak terkena stroke adalah usia 65 tahun ke atas (Indrawati dkk, 2009)

b. Jenis kelamin : menurut (Maukar M., 2014) laki-laki lebih tinggi beresiko dibanding perempuan. Resiko stroke pada laki-laki 1,25% lebih tinggi dibandingkan pada perempuan. Hal ini mungkin terakit bahwa laki-laki cenderung merokok.

c. Tingkat Pendidikan : menurut (Maukar M., 2014) bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor sosial dan ekonomi yang secara tidak langsung ikut berperan dalam kejadian stroke.

2. Keluhan Utama

Biasanya klien datang ke rumah sakit dalam kondisi : kelemahan atau kelumpuhan pada otot gerak, bibir merot atau tidak bisa berbicara, penurunan kesadaran, ketidakmampuan untuk menelan, mengalami kesulitan BAB, nyeri pada perut (Indahsari, Agusman MM & Ekowati, 2013).

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke iskemik seringkali berlangsung sangat mendadak pada saat klien melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dalam hal perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi latergi, tidak responsif dan koma (Muttaqin, 2011). Biasanya nyeri pada perut bagian bawah dan tidak bisa BAB lebih dari 3 hari.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kejadian penyakit stroke terdapat pada responden yang mempunyai riwayat pernah didiagnosis penyakit stroke sebelumnya, menderita penyakit jantung koroner, diabetes melitus, hipertensi, obesitas. Hasil ini juga menunjukkan bahwa responden yang sudah pernah mengalami hipertensi dan didiagnosis stroke sebelumnya mempunyai resiko tinggi (63 kali) untuk mengalami serangan stroke kembali (serangan berulang). Perawat perlu mengkaji apakah klien menggunakan obat-obatan seperti golongan anti kolinergik, golongan narkotik, dan penyalahgunaan obat pencahar.

5. Riwayat psiko sosial dan spiritual

Peranan pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan. Dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah sehari-hari.

6. Pola Aktivitas sehari-hari

a. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Adanya gejala nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi pada lidah, pipi, tenggorokan, disfagia ditandai dengan kesulitan menelan, obesitas (Doenges,2011).

b. Pola Eliminasi

Gejala menunjukkan adanya perubahan pola berkemih seperti inkontenensia urine, anuria. Adanya distensi abdomen (distensi bladder berlebih), bising usus negatif (ilius paralitik), pola defekasi biasanya terapat konstipasi akibat penurunan peristaltik usus (Dongoes,2011).

c. Pola Aktivitas dan latihan

Tanda yang muncul adalah gangguan tonus otot (flaksid Biasanya pasien tidak dapat beraktifitas karena mengalami kelemahan,kehilangan sensori, hemiplegia atau kelumpuhan.

d. Pola Tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk beristirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot.

e. Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

g. Pola sensori dan kognitif

Pada Pola Sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/ sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berfikir.

h. Pola reproduksi seksual

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

i. Pola penanggulangan stres

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

j. Integritas Ego

Terdapat gejala perasaan tak berdaya, perasaan putus asa dengan tanda emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan mengekspresikan diri (Doengess,2011).

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

7. Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Marilyn E.Doenges,2010).

8. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, baik secara inspeksi,

palpasi, perkusi, dan auskultasi.

a. Keadaan Umum

Klien yang mengalami gangguan muskuloskeletal keadaan umumnya lemah. Timbang berat badan klien, adakah gangguan penyakit karena obesitas atau malnutrisi.

b. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran somnolen, apatis, spoor, sporos coma dengan GCS <2 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran lateragi dan compos metis dengan GCS 13-15.

Metoda Tingkat Responsivitas

- 1) Composmentis : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungan dan dapat menjawab pertanyaan yang ditanyakan pemeriksa dengan baik.
- 2) Apatis: yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.
- 3) Delirium: yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta-ronta.
- 4) Somnolen: yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali.
- 5) Sopor: yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat,

misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

- 6) Semi-Coma: yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- 7) Coma: yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsangan nyeri.

Berikut tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai dari skor yang didapat dari penilaian GCS klien:

- a. Nilai GCS Composmentis : 15-14
- b. Nilai GCS Apatis : 13-12
- c. Nilai GCS Delirium : 11-10
- d. Nilai GCS Somnolen : 9-7
- e. Nilai GCS Semi Coma : 4
- f. Nilai GCS Coma : 3

Skala Koma Glasgow

Pada keadaan perawatan sesungguhnya dimana waktu untuk mengumpulkan data sangat terbatas. Skala koma Glasgow dapat memberikan jalan pintas yang berguna.

Tabel 2.2

Skala Koma Glasgow

Respon membuka mata	Nilai
---------------------	-------

Spontan	4
Terhadap bicara	3
Terhadap nyeri	2
Tidak ada respon	1
Respon Verbal	
Terorientasi	5
Percakapan yang membingungkan	4
Penggunaan kata-kata yang tidak sesuai	3
Suara mengguman	2
Tidak ada respon	1
Respon motorik	
Mengikuti perintah	6
Menunjuk tempat rangsangan	5
Menghindari dari stimulus	4
Fleksi Abnormal (dekortikasi)	3
Ekstensi abnormal (deserebrasi)	2
Tidak ada respon	1

c. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah biasanya pasien dengan stroke iskemik memiliki darah tinggi dengan tekanan systole >140 dan diastole >80

- a) Nadi: Nadi biasanya normal.
- b) Pernafasan: biasanya pasien stroke iskemik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas.
- c) Suhu: biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke iskemik.

d. Pemeriksaan *Head to toe* menurut Tarwoto (2013):

a. Pemeriksaan kepala dan muka

Umumnya kepala dan wajah simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal): biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat meningkat alis, mengerutkan dahi, mengernyitkan hidung,

menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

b. Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan Nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90 derajat. Pada pemeriksaan Nervus III (okulomotoris): Biasanya reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis) :biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat keatas dan bawah. Nervus VI (abduksen) biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kekanan.

c. Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan Nervus I (olfaktorius) : kadang adayang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada Nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung.

d. Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, spoor, spoors koma hingga koma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering.

Pada pemeriksaan Nervus VII (fasialis) : biasanya lidah mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada Nervus IX (glosso faringeal): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada Nervus XII (hipoglossus): biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

e. Telinga

Biasanya daun telinga sejajar kiri dan kanan. Pada pemeriksaan Nervus VIII (akustikus): biasanya pasien kurang bisa mendengar gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

f. Leher

Bentuk leher, ada atau tidak pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis. Biasanya keadaan leher normal.

g. Dada thorax

Pemeriksaan yang dilakukan pemeriksaan bentuk dada, retraksi, suara nafas, suara tambahan, suara jantung tambahan, ictus cordis, dan keluhan yang dirasakan.

Umumnya tidak ada gangguan seperti:

1) Abdomen

Pemeriksaan bentuk perut, ada atau tidak nyeri tekan, supel,

kembung, keadaan bising usus, keluhan yang dirasakan. Umumnya tidak terdapat gangguan.

2) Genetalia

Kebersihan genetalia, terdapat rambut pubis atau tidak, terdapat hemoroid atau tidak. Umumnya tidak ada gangguan pada genetalia.

3) Ekstermitas

Keadaan rentang gerak biasanya terbatas, tremor, edema, nyeri tekan, penggunaan alat bantu, biasanya mengalami penurunan kekuatan otot (skala 1-5):

Kekuatan otot:

0: Lumpuh

1: Ada Kontraksi

2: Melawan gravitasi dengan sokongan

3: Melawan gravitasi tapi tidak ada lawan

4: Melawan gravitasi dengan tahanan sedikit

5: Melawan gravitasi dengan kekuatan penuh intergumen

4) Intergumen

Warna kulit sawo matang/ putih/ pucat, kulit kering /lembab, terdapat lesi atau tidak, kulit kotor atau bersih, CRT < 2 detik, keadaan turgor.

8. Pemeriksaan Nervus

Pemeriksaan syaraf kranial menurut Judha, M dan Rahil ,H.N (2011)

a. Olfaktorius (N.I): Untuk menguji saraf penciuman dengan

menggunakan bahan-bahan yang tidak merangsang seperti kopi, tembakau, parfum atau rempah-rempah. Letakkan salah satu bahan tersebut didepan salah satu lubang hidung orang tersebut sementara lubang hidung yang lain kita tutup dan pasien menutup matanya. Kemudian pasien diminta untuk memberitahu saat mulai tercium baunya bahan tersebut dan kalau mungkin mengidentifikasi bahan yang dicitumnya. Hasil pemeriksaan normal mampu membedakan zat aromatis lemah.

- b. Optikus (N.II): Ada enam pemeriksaan yang harus dilakukan yaitu penglihatan sentral, kartus nellen, penglihatan perifer, refleks pupil, fundus kopi dan tes warna. Untuk penglihatan sentral dengan menggabungkan antara jari tangan, pandangan mata dan gerakantangan. Kartu senllen yaitu kartu memerlukan jarak enam meter antara pasien dengan tabel, jika ruangan tidak cukup luas bisa dia kali dengan cermin. Penglihatan perifer dengan objek yang digunakan (2 jari pemeriksa /ballpoint) digerakan mulai dari lapang pandangan kanan dan ke kiri, atas dan bawah dimana mata lain dalam keadaan tertutup dan mata yang diperiksa harus menatap lurus dan tidak menoleh ke objek tersebut. Refleks pupil dengan menggunakan senter kecil, arahkan sinar sinar dari samping (sehingga pasien memfokus pada cahaya dan tidak berakomodasi) ke arah satu pupil untuk melihat reaksinya. Fundus kopi dengan menggunakan alat oftalmoskop, mengikuti perjalanan vena retina alis yang besar ke arah diskus, dan tes warna dengan menggunakan buku Ishi Hara's Test untuk melihat kelemahan seseorang dalam melihat warna, Biasanya terdapat gangguan penglihatan.

- c. Okulomotoris (N.III): Meliputi gerakan pupil dan gerakan bola mata. Mengangkat kelopak mata keatas, konstriksi pupil, dan sebagian besar gerakan ekstraokular.
- d. Troklearis (N.IV) :Meliputi gerakan mata kebawah dan kedalam.
- e. Trigemini (N.V): Mempunyai tiga bagian sensori yang mengontrol sensori pada wajah dan kornea serta bagian motorik mengontrol otot mengunyah.
- f. Abduksen (N.VI) : Merupakan syaraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motoric.Fungsinya untuk melakukan gerakan abduksi mata.
- g. Fasialis (N.VII) : Pemeriksaan dilakukan saat pasien diam dan atas perintah (tes kekuatan otot) saat pasien diam diperhatikan asimetri wajah.Mengontrol ekspresi dan simetris wajah.
- h. Vestibul koklearis (N.VIII) : Pengujian dengan gesekan jari, detik arloji dan audiogram.Mengontrol pendengaran dan keseimbangan.
- i. Glasofaringeus (N.IX): Menyentuh dengan lembut,bagian belakang faring pada setiap sisi dengan spacula. Refleks menelan dan muntah.
- j. Vagus (N.X) : Inspeksi dengan senter perhatikan apakah terdapat gerakan uvula. Mempersarafi faring, laring dan langit lunak.
- k. Aksesorius (N.XI):Pemeriksaan dengan cara meminta pasien mengangkat bahunya dan kemudian rabalah massa otot dan menekan kebawah kemudian pasien disuruh memutar kepalanya dengan melawan tahanan (tangan pemeriksa). Mengontrol pergerakan kepala dan bahu.
- l. Hipoglosus (N.XII) : Pemeriksaan dengan inspeksi dalam keadaan diam

didasar mulut, tentukan adanya artrofi dan fasikulasi. Mengontrol gerak lidah.

9. Pemeriksaan refleks

a. Reflek Fisiologis

1) Reflek Biceps

Posisi: Dilakukan dengan pasien duduk, dengan membiarkan lengan untuk beristirahat dipangkuan pasien, atau membentuk sudut sedikit lebih dari 90 derajat di siku. Minta pasien memfleksikan di siku sementara pemeriksa mengamati dan meraba fossa antecubital. Tendon akan terlihat dan terasa seperti tali tebal.

Cara: Ketukkan pada jari pemeriksa yang ditempatkan pada tendon m.biceps brachii, posisi lengan setengah ditekuk pada sendi siku.

Respon: Fleksi lengan pada sendi siku.

2) Reflek Triceps

Posisi : Dilakukan dengan pasien duduk dan perlahan tarik lengan keluar dari tubuh pasien, sehingga membentuk sudut kanan di bahu atau lengan bawah harus menjuntai kebawah langsung di siku.

Cara : Ketukkan pada tendon otot triceps, posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi.

Respon: Ekstensi lengan bawah pada sendi siku.

3) Reflek Brachioradialis

Posisi: Dapat dilakukan dengan duduk. Lengan bawah harus

berisitirahat longgar di pangkuan pasien (hampir sama dengan posisi pada reflek biceps).

Cara: Ketukkan pada tendon otot brachioradialis (tendon melintasi sisi ibu jari pada lengan bawah) jari-jari sekitar 10cm proksimal pergelangan tangan. Posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi.

Respon: Fleksi pada lengan bawah, supinasi pada siku dan tangan.

4) Reflek Patella

Posisi : Dapat dilakukan dengan duduk atau berbaring terlentang.

Cara: Ketukkan pada tendon patella.

Respon: Ekstensi tungkai bawah karena kontraksi. Quadriceps femoris.

5) Reflek Achilles

Posisi : Pasien duduk dengan posisi kaki menggantung di tepi meja atau dengan berbaring terlentang dengan posisi kaki diatas kaki yang lain.

Cara: Ketukkan pada tendon achilles.

Respon: Plantar fleksikai karena kontraksi gastrocnemius.

b. Reflek Patologis

1) Reflek Babinski

Posisi : Pasien diposisikan berbaring terlentang dengan kedua kaki diluruskan, posisi tangan kiri pemeriksa memegang pergelangan

kaki pasien agar kaki tetap pada tempatnya.

Cara :Lakukan penggoresan telapak kaki bagian lateral dari posterior ke anterior.

Respon: positif apabila terdapat gerakan dorso fleksi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya.

2) Reflek Chaddock

Cara: Penggoresan kulit dorsumpedis bagian lateral sekitar maleoluslateralis dari posterior ke anterior.

Respon : Positif apabila ada gerakan dorso fleksi ibu jari disertai pengembangan jari-jari kakil lainnya (reflek seperti babinski).

3) Reflek Schaeffer

Cara: Menekan tendon achilles

Respon : Amati ada tidaknya gerakan dorso fleksi ibu jari kaki, disertai mekarnya (fanning) jari-jari kaki lainnya.

4) Reflek Oppenheim

Cara : Penggoresan atau pengurutan dengan cepat krista anterior tibia dari proksimal ke distal.

Respon : Amati ada tidaknya gerakan dorsofleksi ibu jari kaki, disertai mekarnya (fanning) jari-jari kaki lainnya.

5) Reflek Gordon

Cara:Memberi penekanan pada musculus gastrocnemius (otot betis).

Respon:Amati ada tidaknya dorso fleksi ibu jari kaki, disertai mekarnya (fanning) jari-jari kaki lainnya.

6) AnkleClonus

Posisi: Pasien tidur terlentang atau setengah duduk.

Cara: Lutut dalam posisi fleksi, dan dengan cara manual lakukan gerakan dorso fleksi secara kejut.

Respon: Positif bila terjadi gerakan dorso/plantar fleksi yang terus menerus.

7) Knee Clonus

Posisi: Pasien dalam posisi duduk ditepi bed.

Cara: Dilakukan ketukan dengan reflek hammer pada tendon patella.

Respon: Positif bila terjadi gerakan fleksi/ekstensi yang terus menerus pada lututnya.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses keperawatan yang actual dan potensial (Alimul Aziz, 2008).

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral (misal, akibat stroke iskemik).
2. Risiko Pefusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan embolisme.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuron muskular.
4. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan nafas.
5. Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan.
6. Gangguan menelan berhubungan dengan Abnormalitas orofaring.
7. Gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan Gangguan Penglihatan.
8. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan Gangguan

Neuromuskuler.

9. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan.
10. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Penurunan mobilitas.

2.2.3 Perencanaan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Perencanaan yang diuraikan (PPNI 2018).

Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang dilakukan, bagaimana dilakukan, dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Lestari, 2019).

Berikut tindakan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral (misal akibat stroke iskemik). **Tujuan:** Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial dapat meningkat, dibuktikan dengan Tingkat Kesadaran Meningkat, Sakit Kepala Menurun, Gelisah Menurun, Tekanan darah membaik, Pola nafas Membaik, Respon Pupil Membaik, Refleks neurologis Membaik, Tekanan Intrakranial Membaik, Manajemen Peningkatan Intrakranial a) Identifikasi penyebab Peningkatan TIK (misal edema serebral), b) Monitor tanda/gejala

peningkatan TIK (misal tekanan darah meningkat), c) Berikan posisi semi Fowler, d) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.

2. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan arterosklerosis.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Perfusi serebral dapat meningkat, dibuktikan dengan : Tingkat Kesadaran cukup menurun, Tekanan Intra kranial cukup meningkat, Gelisah cukup meningkat, Kecemasan cukup meningkat, Manajemen Peningkatan Tekanan Intra Kranial a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal, tekaanan darah meningkat, brakikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun), c) Monitor status pernafasan, d) Berikan posisi semi fowler, e) Hindari pemberian cairan IV hipotonik, f) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan ,jika perlu.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuronmuskular

Tujuan Setelah diberikan tindakan selama 2x 24 jam diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat, dibuktikan dengan Kriteria Hasil:Pergerakan ekstremitas meningkat,Kekuatan otot meningkat, Rentanggerak (ROM) meningkat,Kelemahan fisik menurun Dukungan Mobilisasi 1) Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya. 2) Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan 3) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi, 4) Libatkan keluarga untuk membantuk klien dalam meningkatkan pergerakan, 5) Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara mandiri.

4. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekreasi Jalan nafas. **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas dapat meningkat, Bersihan Jalan Nafas, Batuk Efektif dapat menurun, Produksi Sputum meningkat, Gelisah meningkat, Frekuensi nafas sedang, Latihan Batuk Efektif a) Identifikasi kemampuan batuk, b) Monitor adanya retensi sputum, c) Atur posisi semi fowler atau fowler, d) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, e) Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu, f) Anjurkan mengulangi tarik nafas selama 3 kali, g) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran.
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan. **Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan status nutrisi dapat membaik, dibuktikan dengan Kekuatan otot mengunyah cukup menurun, Kekuatan otot menelan cukup menurun, a) Identifikasi status nutrisi, b) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, c) Monitor asupan makanan, d) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, d) Berikan suplemen makanan, jika perlu, e) Anjurkan posisi duduk, jika mampu, f) Kolaborasi medikasi sebelum makan (misal pereda nyeri, antihemetik), jika perlu.
6. Gangguan Menelan berhubungan dengan Abnormalitas Orofaring. **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan status menelan membaik, dibuktikan dengan: Mempertahankan makanan dimulut cukup menurun, Refleks menelan cukup menurun, Usaha menelan Cukup

menurun, SIKI: a) Monitor kemampuan menelan, b) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum, c) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, d) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan, e) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu, f) Jelaskan posisi makana pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (misal, sayur di jam 12, rendang di jam 3), g) Kolaborasi pemberian obat (misal, analgestik, antiemetik) sesuai indikasi.

7. Gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan Gangguan Penglihatan.

Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam jam diharapkan persepsi sensori dapat membaik dibuktikan dengan Verbalisasi melihat bayangan cukup menurun,distorsi sensori sedang menurun, Manajemen Halusinasi a) Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi, b) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan, c) Pertahankan lingkungan yang aman, d) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi, e) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiasiemtas, jika perlu.

8. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan komunikasi verbal dapat meningkat dengan dibuktikan dengan Kemampuan bicara : menurun, Kesesuaian ekspresi wajah: menurun, Afasia : menurun. Promosi Komunikasi Defisit Bicara a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, b) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara c)

- Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara, d)
Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, e)
Gunakan metode Komunikasi alternative (mis: menulis, berkedip, papan, f)
Komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer), g)
Sesuaikan gaya Komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan.
h) Komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien.
9. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan perawatan diri dapat meningkat dibuktikan dengan Perawatan Diri Kemampuan mandi cukup meningkat, kemampuan mengenakan pakaian cukup menurun, Kemampuan makan cukup menurun, Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) cukup menurun, a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan dirisesuai usia, b) Monitor tingkat kemandirian, c) Siapkan keperluan pribadi (misal, parfum, sikat gigi), d) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, f) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
10. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan dapat meningkat dibuktikan dengan: Kerusakan Jaringan cukup meningkat, kerusakan lapisan kulit

cukup meningkat, a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misal Penurunan mobilitas), b) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring, c) Anjurkan menggunakan pelembab (misal Lotion), d) Anjurkan minum yang banyak, e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson, 2011).

Beberapa tindakan keperawatan pada pasien stroke iskemik:

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral. Tindakan Keperawatan a) Mengidentifikasi penyebab Peningkatan TIK (misal edema serebral), b) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal tekanan darah meningkat), c) Memberikan posisi semi Fowler, d) Mengkolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.

2. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan arterosklerosis.
Tindakan Keperawatan a) Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (misal, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), b) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal, tekanan darah meningkat, tekanan nadi berdebar, brakikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun), c) Memonitor status pernafasan, d) Memberikan posisi semi fowler, e) Hindari pemberian cairan IV hipotonik, f) Mengkolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan ,jika perlu.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuron muskular
Tindakan Keperawatan a) Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya, b) Mengidentifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan, c) Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi, d) Melibatkan keluarga untuk membantuk klien dalam meningkatkan pergerakan, e) Menganjurkan untuk melakukan pergerakan secara mandiri.
4. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipesekresi Jalan nafas. Tindakan Keperawatan a) Mengidentifikasi kemampuan batuk, b) Memonitor adanya retensi sputum, c) Mengatur posisi semi fowler atau fowler, d) Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, e) Menganjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu, f) Menganjurkan mengulangi tarik nafas selama 3 kali, g) Mengkolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran.
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan.
Tindakan Keperawatan a) Mengidentifikasi status nutrisi, b)

Mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, c) Memonitor asupan makanan, d) Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, d) Memberikan suplemen makanan, jika perlu, e) Menganjurkan posisi duduk, jika mampu, f) Mengkolaborasi medikasi sebelum makan (misal pereda nyeri, antihemetik), jika perlu.

6. Gangguan Menelan berhubungan dengan Abnormalitas Orofaring. Tindakan Keperawatan a) Memonitor kemampuan menelan, b) Mengatur posisi yang nyaman untuk makan/minum, c) Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, d) Menyediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan, e) Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu, f) Menjelaskan posisi makana pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (misal, sayur di jam 12, rendang di jam 3), g) Mengkolaborasi pemberian obat (misal, analgestik, antiemetik) sesuai indikasi.
7. Gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan Gangguan Penglihatan. Tindakan Keperawatan a) Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi, b) Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan, c) Mempertahankan lingkungan yang aman, d) Menganjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi, e) Mengkolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antisietas, jika perlu.
8. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler, Tindakan Keperawatan a) Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, b) Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara c) Memonitor frustrasi, marah,

depresi atau hal lain yang mengganggu bicara, d) Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, e) Menggunakan metode Komunikasi alternative (mis: menulis, berkedip, papan, f) Mengkomunikasikan dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer), g) Menyesuaikan gaya Komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan. h) Menggunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien.

9. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan. Tindakan Keperawatan a) Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan dirisesuai usia, b) Memonitor tingkat kemandirian, c) Menyiapkan keperluan pribadi (misal, parfum, sikat gigi), d) Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, e) Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, f) Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
10. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas. Tindakan Keperawatan a) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misal Penurunan mobilitas), b) Mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring, c) Menganjurkan menggunakan pelembab (misal Lotion), d) Menganjurkan minum yang banyak, e) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut setiadi (2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

a. Evaluasi Formatif(Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatandan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

1. S (subjektif): Data subjektif dari hasil keluhan klien.
2. O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
3. A (analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
4. P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

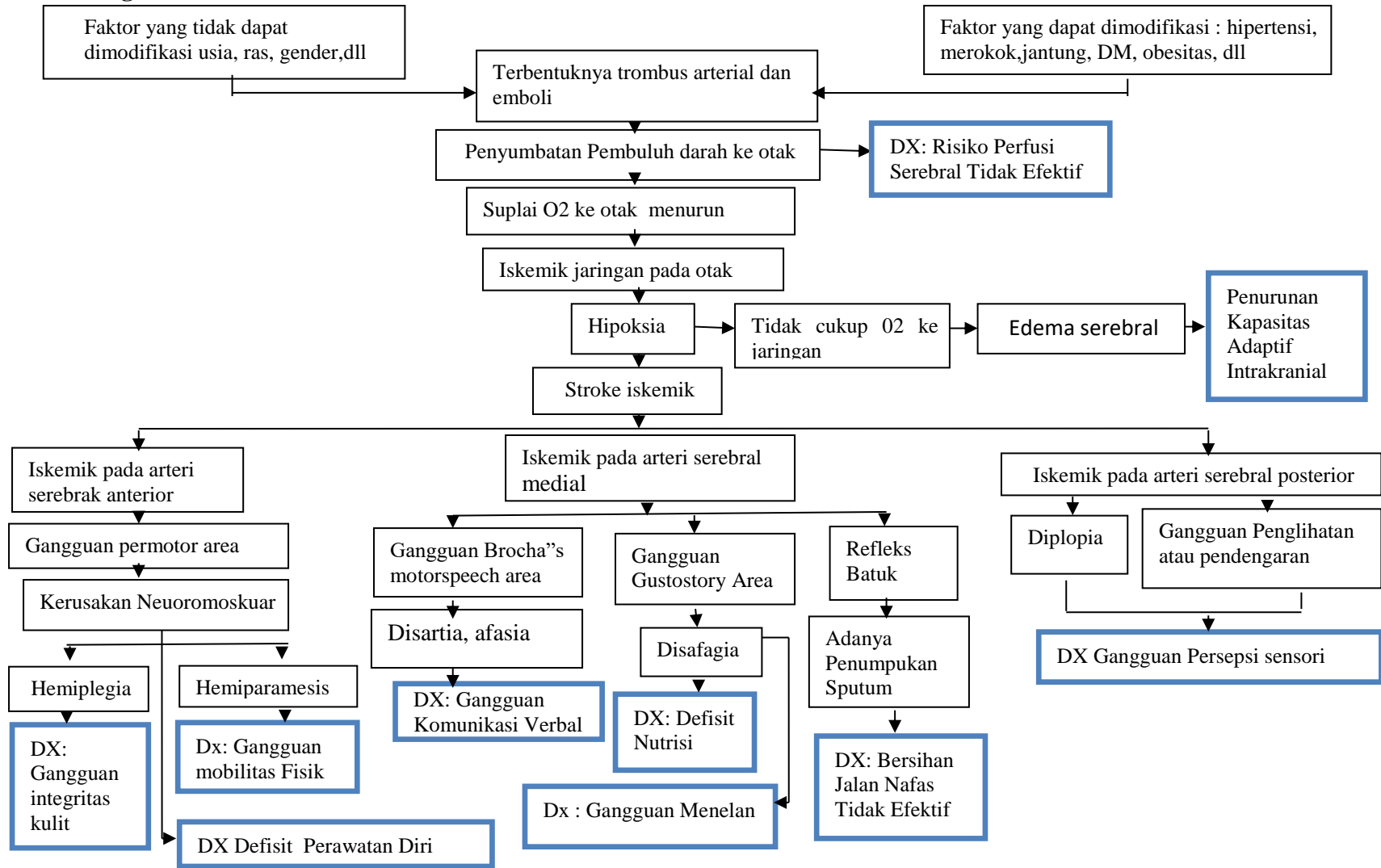
b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan.

Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan (Setiadi, 2012), yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya.
- 4) Menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

2.3 Kerangka Masalah



2.4 PICOT STROKE ISKEMIK

NO	Populasi	Intervensi	Comperation	Outcome	Time/lama penelitian	Jurnal
1	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 responden	Pemberian terapi murtotal dan pengaturan posisi kepala head up 30 derajat untuk meningkatkan kesadaran pasien dan saturasi oksigen.	-	Penelitian ini didapatkan bahwa Terapi murtotal dan pengaturan posisi kepala head up 30 derajat menunjukkan hasil yang diharapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke	27 Desember 2018- 2 Januari 2019	Implementasi Evidense Based Nursing Pada Pasien Stroke Non Hemoragik
2	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 14 responden yang dibagi menjadi 2 kelompok	Pemberian terapi ini untuk mengetahui pengaruh kombinasi posisi kepala 30° dan PROM terhadap penurunan skor NIHSS pada pasien stroke	-	Penelitian ini didapatkan bahwa adanya perbedaan signifikan skor NHSS sebelum dan setelah diberikan kombinasi posisi kepala 30 derajat dan PROM pada pasien stroke	2021	Kombinasi Posisi Kepala 30° dan Pasive Range Of Motion Terhadap Skor NHSS pada Pasien Stroke
3	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 25%respon den	Memastikan efek kepala atas posisi 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas pada pasien tidur	-	Penelitian ini didapatkan Pemberian elevasi kepala 30 derajat pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien	Januari-Juli 2019	Pengaruh Elevasi 30 derajat Terhadap Saturasi Oksigen dan Kualitas Tidur Pada Pasien Stroke

4	Sampel dalam penelitian sebanyak 22 responden	Intervensi untuk mengetahui pengaruh efektifitas model elevasi kepala antara 30 derajat dan 45 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke iskemik	Dari hasil penelitian didapatkan bahwa saturasi oksigen pada pasien sebelum dan setelah pemberian intervensi elevasi kepala 35 derajat rata-rata menunjukkan ada peningkatan saturasi oksigen sebesar 5,727%. Sedangkan saturasi oksigen pada pasien sebelum dan setelah pemberian terapi elevasi kepala 45 derajat rata-rata menunjukkan ada peningkatan saturasi oksigen sebesar 1,091%	2017	Efektifitas Model Elevasi Kepala Antara 30 derajat dan 45 derajat terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Iskemik di RSUD dr. MM. Kabupaten Gorontalo
5	Populasi Penelitian yang dilakukan sebanyak 40 responden	Intervensi yang diberikan Untuk Pengaruh zikir terhadap penurunan darah	Hasil penelitian didapatkan terdapat perbedaan antara tekanan sistolik dan diastolik setelah diberikan tindakan zikir	September- November 2021	Pengaruh Zikir Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Stroke Akut