

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi stroke

Stroke merupakan penyakit neurologis yang sangat sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008). Stroke disebabkan karena terganggunya suplai darah ke otak oleh karena adanya sumbatan di pembuluh darah ataupun pecahnya pembuluh darah di otak sehingga otak tersebut akan mengalami kekurangan pasokan oksigen, jika keterlambatan pasokan ini berlarut sel-sel jaringan otak akan mati. Oleh karena itu pasien stroke harus mendapat penanganan segera. Selain penanganan stroke fase akut, salah satu penanganan stroke yang tidak kalah penting yaitu rehabilitasi pasca stroke baik untuk memperbaiki kecacatan fisik maupun gangguan emosional (Sofwan, 2010). Masalah-masalah yang ditimbulkan oleh stroke bagi kehidupan manusia pun sangat kompleks. Adanya gangguan-gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi, dan gangguan refleks gerak akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional individu sehari-hari. Bagaimanapun, pasien stroke hemiplegia atau hemiparesis akan mengalami kesulitan dalam pemenuhan *personal hygiene* (Irfan,2010).

Sedangkan menurut Lumbantobing (2013), stroke adalah gangguan peredaran darah di otak. Stroke juga dikenal dengan *cerebrovascular accident* dan *Brain Attack*. Stroke berarti pukulan (*to strike*) yang terjadi secara mendadak dan menyerang otak. Gangguan peredaran darah di otak yang terjadi berupa iskemia yaitu aliran darah yang berkurang atau terhenti pada sebagian daerah di dalam otak. Sedangkan gangguan peredaran darah lainnya yaitu terjadinya peredaran darah di otak karena dinding pembuluh darah robek.

2.1.2 Klasifikasi

Stroke dapat diklasifikasikan menurut patologi dan gejala kliniknya, yaitu : (Muttaqin, 2008)

1. Stroke Hemoragi

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun. Perdarahan otak dibag dua yaitu :

a. Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak.

Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons dan serebelum.

b. Perdarahan subaraknoid

Pedarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya keruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, dll).

2. Stroke Non Hemoragi

Dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan elanjutnya menimbulkan edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

Stroke Non-Hemoragi dibedakan menjadi beberapa kelompok :

- a. TIA (*Transient Ischemic Attack*) : gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
- b. Stroke involusi (*Stroke in evolution*) : stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat dari yang ringan

sampai dengan semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari.

- c. Stroke komplit (*Completed stroke*) : dimana gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen dan tidak bertambah berat. Sesuai dengan istilahnya stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

2.1.3 Etiologi

Menurut Irfan (2010), faktor yang dapat menyebabkan terjadinya stroke yaitu :

1. Faktor yang dapat menyebabkan stroke Hemoragi

- a. Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah pecah.
- b. Terjadinya pelebaran pada pembuluh darah yang menyebabkan pembuluh darah pecah.
- c. Ateroma, yaitu pembuluh darah menjadi keras dan akan pecah jika tekanan darah naik.
- d. Terjadinya tumor pada pembuluh darah.

2. Faktor yang dapat menyebabkan stroke Non-Hemoragi

- a. Menumpuknya lemak pada pembuluh darah yang menyebabkan mudah terjadinya pembekuan darah (aterotrombotik).
- b. Benda asing dalam pembuluh darah jantung (kardioemboli).
- c. Terjadinya lubang pada pembuluh darah sehingga darah bocor sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang (lakunar).

2.1.4 Faktor resiko stroke

Menurut Widyanto dan Tribowo (2013) faktor resiko dari seseorang yang menderita penyakit stroke yaitu :

1. Faktor resiko stroke yang dapat dirubah, seperti : Hipertensi, diabetes militus, kadar hematokrit tinggi, kebiasaan sehari-hari (merokok, penyalahgunaan obat, konsumsi alkohol, kontrasepsi oral).
2. Faktor resiko stroke yang tidak dapat dirubah, seperti : Usia, jenis kelamin, riwayat keluarga/ keturunan, penyakit jantung koroner, fibrilasi atrium, dan beterozigot atau homozigot untuk homosisturia.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Widyanto dan Tribowo (2013) manifestasi klinis dari seseorang yang menderita penyakit stroke yaitu :

1. Gangguan komunikasi

- a. Disartia (mengalami kesulitan bicara)

Ditunjukkan dengan klien bisa bicara namun sulit untuk dimengerti (bicara pelo atau cadal) yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

- b. Disfasia atau afasia

Bicara detektif atau mengalami kehilangan bicara yang terutama ekpresif atau reseptif.

- c. Apraksia

Ketidakmampuan dalam melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

2. Gangguan fungsi kognitif dan efek psikologis

Mengalami kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi yang dapat menyebabkan penderita mengalami masalah frustrasi. Masalah psikologi lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh tingkat emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurangnya kerja sama.

3. Gangguan persepsi

a. Disfungsi persepsi visual

Kehilangan sebagian lapang pandang karena stroke dan kemungkinan sementara atau bahkan permanen,

b. Gangguan hubungan visual spasial

Mendapatkan hubungan dua obyek atau lebih dalam area spasial. Biasanya sering terjadi pada pasien hemiplegia kiri.

c. Kehilangan sensori

Kerusakan ringan atau mungkin lebih berat dengan kehilangan kemampuan untuk mobilisasi bagian tubuh, serta mengalami kesulitan dalam menginterpretasikan stimulasi visual, taktil dan auditorius.

4. Disfungsi kandung kemih

Setelah menderita penyakit stroke, klien dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena terjadinya konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan.

5. Gangguan Motorik

Stroke adalah salah satu penyakit yang dapat mengakibatkan kehilangan kontrolvolinter terhadap gerakan motorik. Gangguan kontrol

motor volunter pada salah satu bagian tubuh dapat menunjukkan kerusakan terhadap neuron motor atas pada bagian yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor umumnya yaitu hemiplegia. Bila stroke menyerang bagian kiri otak, maka terjadi hemiplegia di sebelah kanan. Dan sebaliknya, bila yang terserang bagian otak kanan, maka yang terjadi hemiplegia di sebelah kiri dan ada yang lebih ringan disebut dengan hemiparasis kiri. Pasien yang mengalami hemiplegia maupun hemiparasis akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas maupun kegiatan sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan dan minum, atau bahkan mengalami kesulitan dalam mengendalikan buang air kecil dan besar. Apabila kerusakan itu terjadi pada bagian bawah otak (*cerebellum*), maka kemampuan dari koordinasi gerakan tubuhnya akan menurun. Pasien akan mengalami kesulitan untuk makan dan menelan karena bagian otak yang mengendalikan otot-otot sudah tidak berfungsi. Menurut (Irfan, 2010), Fungsi yang hilang akibat gangguan kontrol motorik pada pasien stroke juga dapat mengakibatkan hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan merasakan keseimbangan tubuh dan postur (kemampuan untuk mempertahankan posisi tertentu), sehingga pasien stroke akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan kebersihan mulut dan gigi dan akan beresiko terjadinya kerusakan membran mukosa oral.

Kerusakan membran mukosa oral merupakan cedera pada bibir jaringan lunak rongga mulut dan/atau orofaring (Herdman & Kamitsuru, 2017). Penyebab kerusakan membran mukosa oral yaitu :

a. Penyebab yang berasal dari keadaan dalam mulut seperti :

- 1) Kebersihan mulut yang kurang
- 2) Makanan atau minuman yang panas dan pedas
- 3) Luka pada bibir akibat tergigit atau benturan
- 4) Infeksi jamur
- 5) Infeksi virus
- 6) Letak susunan gigi/kawat gigi

b. Penyebab yang berasal dari keadaan luar mulut seperti :

- 1) Rokok
- 2) Pada penggunaan obat kumur
- 3) Reaksi alergi
- 4) Alergi
- 5) Faktor psikologis (stres)
- 6) Gangguan hormonal
- 7) Kekurangan Vitamin C

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya kerusakan membran mukosa oral dan dilakukan pada pasien yang tidak dapat melakukannya sendiri, misalnya karena tidak sadar, kelemahan pada anggota gerak, atau pasca bedah. menurut Isro'in dan Andarmoyo (2012), cara perawatannya yaitu sebagai berikut :

a) Membersihkan Mulut

1. Pengertian

Yaitu upaya dalam membersihkan rongga mulut, lidah dan gigi dari semua kotoran / sisa makanan dengan menggunakan kain kassa atau kapas yang dibasahi dengan air bersih.

2. Tujuan

- a. Mempertahankan kebersihan rongga mulut, lidah dan gigi dari semua kotoran dan sisa makanan agar tetap sehat, bersih, dan tidak berbau.
- b. Mencegah terjadinya infeksi seperti stomatitis ataupun yang lain.
- c. Memberi perasaan nyaman pada pasien dan meningkatkan kepercayaan diri pasien.

3. Indikasi tindakan membersihkan mulut diberikan pada :

- a. Pasien yang giginya tidak boleh digosok dengan sikat gigi, misalnya karena stomatitis yang hebat, atau menderita penyakit dalam tertentu.
- b. Pasien yang sakit parah atau terjadi penurunan tingkat kesadaran (GCS).
- c. Pasien yang mengalami gangguan nervus X (*Vagus*) yaitu terjadi penurunan reflek menelan

b) Menyikat Gigi

1. Pengertian

Membersihkan gigi dari kotoran atau sisa makanan dengan menggunakan sikat gigi, dan dilakukan pada pasien yang tidak dapat melakukan sendiri.

2. Tujuan

- a. Mempertahankan kebersihan gigi dan mulut agar tetap sehat dan tidak berbau.
- b. Mencegah terjadinya infeksi seperti stomatitis, kerusakan gigi, dan lain-lain.
- c. Memberi perasaan nyaman pada pasien dan meningkatkan kepercayaan dalam diri pasien.

3. Indikasi

- a. Pada pasien dengan kesadaran compos mentis dan GCS 4,5,6.
- b. Pada pasien yang mengalami kelumpuhan, penurunan kekuatan otot.
- c. Pada pasien yang tidak mampu melakukan perawatan mulut secara mandiri.

2.1.6 Pencegahan Stroke

Menurut Widyanto dan Triwibowo (2013) upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya stroke yaitu :

1. Menghindari kebiasaan makan yang berlebih
2. Menghindari makanan yang mengandung lemak dan garam yang tinggi
3. Menghindari faktor pemicu stres
4. Berolahraga dengan rutin

2.1.7 Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplay darah ke area tertentu dalam otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah serta adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplay darah ke

otak dapat berubah (makin lambat atau makin cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena terjadi gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis merupakan salah satu faktor penyebab infark pada otak. Trombus bisa juga berasal dari plak arteroklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan edema dan kongesti di sekitar area. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arterosklerosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian di bandingkan keseluruhan penyakit *cerebrovaskuler*. Karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial

dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemister otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Pembesaran darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak nukleus kaudatus, talamus dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral dan reversible untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Muttaqin, 2008).

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dari kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi (Judha & Rahil, 2011).

2.1.8 Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya :

1. Bekuan darah (trombosis)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (odema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

2. Dekubitus

Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.

3. Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.

4. Atrofi dan kontraktur (kekakuan sendi)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

5. Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Arif Muttaqin, 2008), pemeriksaan penunjang pada pasien stroke meliputi :

1. CT scan

Pada CT scan kepala pasien stroke hemoragik dapat ditemukan :

- a. Tampak lesi hiperdens dengan edema perifokal pada daerah putamen, capsula eksterna sampai corona radiata kiri (volume terukur kurang lebih 12-14 cc).
- b. Ventrikel lateralis kiri lebih sempit dibanding kanan.
- c. Pons dan *cerebellum* normal

- d. *Perimesencephalic cistern* menyempit
- e. Terlihat adanya fraktur pada tulang-tulang cranium
- f. Terlihat adanya tanda peninggian tekanan intrakranial

2. Rontgen Thorax

Hasil yang diketahui dari pemeriksaan rontgen thorax pada pasien stroke yaitu :

Cor : Tampak membesar, aorta elongated.

Pulmo : tampak bercak pada paru sebelah kiri, sinus lancip, diafragma tenang.

- 3. Angiografi : terdapat trombosis, penyempitan atau penyumbatan pada pembuluh darah yang ada di dalam atau yang menuju otak.

4. Lumbal pungsi

Tekanan yang mengangkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada *subasrachnoid* atau perdarahan ada intrakranial.

5. Pemeriksaan laboratorium

- a. Kimia darah : terdapat peningkatan kadar glukosa dan kolesterol dalam darah. Peningkatan tersebut dapat memicu terjadinya stroke.
- b. Hemoglobin (Hb) : menunjukkan hasil pemeriksaan Hb di atas normal, yaitu pada pria >14-18 gr/100 ml dan pada wanita >12-16 gr/100 ml.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian umum menurut Muttaqin (2011) meliputi :

1. Identitas klien : Usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya serangan stroke. Dengan pola makan dan jenis makanan yang ada sekarang ini, tidak menutup kemungkinan stroke bisa menyerang usia muda. Laki-laki lebih tinggi angka kejadiannya, lingkungan tempat tinggal, tingkat pendidikan, dan faktor social ekonomi.
2. Keluhan utama : Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien meminta bantuan yaitu kelemahan anggota gerak baik sebagian atau keseluruhan, bicara kurang jelas atau pelo, dan terjadi penurunan tingkat kesadaran.
3. Riwayat penyakit sekarang
Serangan stroke hemoragik sering kali 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 disebabkan perubahan didalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive dan koma.
4. Riwayat penyakit dahulu : Riwayat penyakit dahulu yang pernah terjadi biasanya adanya riwayat hipertensi dan riwayat stroke

sebelumnya. Selanjutnya pengkajian apakah klien pernah mengkonsumsi seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia dan lainnya.

5. Riwayat penyakit keluarga : Secara patologi penyakit stroke karena hipertensi dapat menjadi salah satu penyakit menurun. Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

6. Riwayat psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme coping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

7. Pola sehari-hari

- a. Aktivitas/istirahat

Tanda : merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau *paralysis*.

Gejala : gangguan tonus otot, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.

b. Eliminasi

Tanda : perubahan pola berkemih seperti inkontinensia/anuria, distensi abdomen, bising usus negative (ileus paralitik).

c. Makanan/cairan

Tanda : kesulitan menelan, BB normal atau obesitas.

Gejala : nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut, kehilangan sensasi rasa, dyspagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

d. *Hygiene*/kebersihan diri

Tanda : tercium bau tidak sedap, tampak kotor, terlihat berantakan, penggunaan baju tidak sesuai.

Gejala : tidak mampu untuk melakukan perawatan diri.

8. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan *Head to toe* menurut Muttaqin (2011) :

a. Pemeriksaan kepala dan muka

Umumnya kepala dan wajah simetris, wajah pucat.

Pada pemeriksaan Nervus V (*Trigeminus*) : kerusakannya akan menyebabkan terjadinya paralisis otot wajah.

b. Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan Nervus III (*okulomotorius*), Nervus IV (*troklearis*), Nervus VI (*abduksen*) : kerusakannya akan menyebabkan penurunan lapang pandang,

perubahan ukuran pupil, pupil tidak sama, pupil berdilatasi, pergerakan bola mata tidak simetris.

c. Hidung

Bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan Nervus 1 (*olfaktorius*) : tidak memperlihatkan gejala penurunan daya pembauan.

d. Mulut dan gigi

Pasien biasanya akan mengalami masalah bibir, gigi, mukosa buccal, gusi, langit-langit, dan lidah klien. Perawat memeriksa semua daerah ini dengan hati-hati tentang warna, hidrasi, tekstur, luka, karies gigi, kehilangan gigi, dan halitosis (bau napas yang menusuk). Klien yang tidak mengikuti praktik hygiene mulut yang teratur akan mengalami penurunan jaringan gusi, gusi yang meradang, gigi yang hitam (khususnya sepanjang margin gusi), karies gigi, dan halitosis. Pada pemeriksaan Nervus VII (*fasialis*) : didapatkan asimetris wajah saat tersenyum dan hilangnya rasa 2/3 bagian anterior lidah. Pada pemeriksaan Nervus IX (*Glossofaringeus*) dan Nervus X (*Vagus*), didapatkan cegukan (*hiccuping*), biasa terjadi pada pasien dengan resiko peningkatan intra kranial, menurunnya reflek menelan. Sedangkan pada pemeriksaan Nervus XII (*Hipoglossus*) : Gejala yang biasa timbul adalah jatuhnya lidah ke salah satu sisi, menurunnya fungsi pergerakan lidah.

e. Telinga

Bentuk simetris kiri dan kanan. Pada pemeriksaan Nervus VIII (*akustikus*) : terjadinya penurunan fungsi pendengaran.

f. Leher

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

g. Pemeriksaan thorax

1) Jantung : dapat ditemukan suara tambahan pada pasien stroke dengan penyakit penyerta seperti jantung.

2) Paru : suara nafas ronchi akibat penurunan reflek batuk.

h. Abdomen

Pemeriksaan bentuk perut, ada atau tidak nyeri tekan, kembung/tidak, keadaan bising usus, keluhan yang dirasakan.

i. Genetalia

Terdapat inkonensia alfi.

j. Ekstermitas

Keadaan rentang gerak biasanya terbatas, tremor, edema, nyeri tekan, penggunaan alat bantu, Didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, kekuatan otot tidak kuat (kurang dari 5).

Pengukuran kekuatan otot menurut muttaqin (2008) :

1) Nilai 0 : Apabila tidak terlihat kontraksi sama sekali.

2) Nilai 1 : Apabila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.

3) Nilai 2 : Apabila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan grafitasi.

- 4) Nilai 3 : Apabila dapat melawan grafitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan.
- 5) Nilai 4 : Apabila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang.
- 6) Nilai 5 : Apabila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh.

2.2.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan digunakan sebagai landasan untuk pemilihan intervensi guna mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat. Diagnosa keperawatan perlu dirumuskan setelah melakukan analisa data dari hasil pengkajian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang melibatkan klien beserta keluarganya (Sumijatun, 2010: 189-190).

Menurut Herdman dan Kamitsuru (2018) masalah keperawatan yang muncul pada pasien stroke berdasarkan *NANDA International Nursing Diagnoses* yaitu :

- a. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak b.d penurunan aliran darah ke otak.
- b. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d peningkatan TIK.
- c. Resiko jatuh b.d perubahan ketajaman penglihatan
- d. Gangguan menelan b.d penurunan fungsi nervus *vagus* atau hilangnya refluks muntah.
- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nervus *hipoglossus*.

- f. Hambatan mobilitas fisik b.d hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, spastisitas, dan cedera otak.
- g. Kerusakan membran mukosa oral b.d hambatan perawatan diri.
- h. Hambatan komunikasi verbal b.d penurunan fungsi otot fasial/oral.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan/*Intervensi* adalah fase proses keperawatan yang sistematis, mencakup pembuatan keputusan dan pemecahan masalah. Dalam perencanaan, perawat merujuk pada pengkajian data klien dan pernyataan diagnostic untuk mengarahkan formulasi tujuan klien dan merancang strategi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah-masalah kesehatan klien. Selama perencanaan, dibuat prioritas (Sumjiatun, 2010: 203).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan dari kerusakan membran mukosa oral.

No	Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	<p>Kerusakan membran mukosa oral Definisi :kerusakan bibir dan/ atau jaringan lunak rongga mulut. Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gangguan menelan b. Kesulitan makan c. Lesi pada mulut d. Mukosa mulut pucat e. Nyeri mulut f. Penurunan kemampuan pengecap g. Rasa tidak enak pada mulut h. stomatitis <p>factor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hambatan perawatan diri b. Infeksi c. Kehilangan struktur 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Integrity : skin and mucous membranes</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu mempertahankan kebersihan mulut, gigi, gusi, dan kelembaban bibir. b. Pasien terhindar dari mulut berbau, karies gigi, lesi mukosa mulut, dan penyakit periodontal 	<p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi mulut pasien (misalnya, bibir, lidah, membrane mukosa, gigi, gusi dan alat bantu gigi dan kesesuaiannya). 2. Dorong pasien dan keluarga untuk mengikuti jadwal atau membantu dalam perawatan mulut, sesuai kebutuhan 3. Instruksikan pasien dan keluarga pasien mengenai frekuensi dan kualitas perawatan kesehatan gigi (misalnya, menggunakan benang gigi, menyikat gigi, berkumur, nutrisi adekuat, penggunaan air yang mengandung fluoride, suplemen atau produk-

- pendukung
- d. Kurang kebersihan mulut
 - e. Kurang pengetahuan mengenai higiene mulut
 - f. Penurunan saliva
 - g. Stresor
 - h. Trauma oral



- produk pencegahan yang lain, dan pertimbangan yang lain sesuai dengan tingkat perkembangan pasien dan kemampuan mandiri pasien).
4. Bantu pasien dan keluarga dalam (kegiatan) menyikat gigi, gusi, dan lidah.
 5. Berikan perawatan mulut pada pasien yang tidak sadar, menggunakan perlindungan yang sesuai (misalnya, miringkan kepala pasien atau tempatkan dalam posisi miring sebisa mungkin, masukkan bantalan yang bisa digigit atau spatel lidah yang sudah dibungkus, hindari memasukkan lidah ke dalam mulut, gunakan cairan sedikit, dan gunakan *syringe* atau alat suksion.
 6. Bantu pasien dan keluarga pasien untuk mengidentifikasi dan memperoleh produk-produk kebersihan mulut yang sesuai dengan kebutuhan (misalnya, sikat gigi dengan pegangan yang mudah digenggam, sikat gigi elektrik, benang gigi, pembersih gigi palsu)
 7. Pakaikan pelumas untuk melembabkan bibir dan mukosa mulut, sesuai kebutuhan
 8. Berikan obat kumur pada pasien (misalnya, cairan saline, cairan pelapis, anti jamur atau anti bakteri)
 9. Disikusikan pentingnya pemeriksaan gigi secara teratur, termasuk kapan pemeriksaan gigi ke dokter gigi.

Sumber : NOC (Moorhead, Sue dkk 2013), NIC (Bulecheck, Gloria dkk 2013).

2.2.3 Implementasi

Secara umum implementasi terdiri dari mengerjakan, mendelegasikan dan mencatat. Perawat melakukan tindakan sesuai dengan instruksi keperawatan yang dibuat, kemudian mengakhiri langkah implementasi dengan mencatat aktivitas yang dilakukan serta klien yang dihasilkan (Sumijatun, 2010: 215). Tindakan mandiri yang dapat dilakukan perawat dalam mengatasi atau mencegah kerusakan membran mukosa oral pada pasien stroke yaitu membantu pasien dalam (kegiatan) membersihkan gigi, gusi, dan lidah.

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada waktu kegiatan sedang dilakukan, intermiten dan terminal. Evaluasi yang dilakukan pada saat kegiatan berjalan atau segera setelah implementasi. Evaluasi intermiten, dilakukan pada interval khusus misalnya seminggu sekali, dilakukan untuk mengetahui kemajuan terhadap pencapaian tujuan dan meningkatkan kemampuan perawat untuk memperbaiki setiap kekurangan dan memodifikasi rencana keperawatan agar sesuai dengan kebutuhan. Evaluasi terminal, menunjukkan keadaan pasien pada waktu pulang. Hal tersebut mencakup status pencapaian tujuan dan evaluasi terhadap kemampuan klien untuk perawatan diri sendiri sehubungan dengan perawatan lanjutan (Sumijatun, 2010: 216-217).

Menurut Wahyuni (2016) evaluasi dibagi dalam 2 jenis, yaitu :

1. Evaluasi berjalan (*formatif*)

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

a. S : Data subjektif

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

b. O : Data objektif

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

c. A : Analisis

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

d. P : Perencanaan

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

2. Evaluasi akhir (*sumatif*)

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

Format yang dipakai adalah format SOAPIER.

a. S : Data subjektif

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

b. O : Data objektif

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

c. A : Analisis

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

d. P : Perencanaan

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

e. I : Implementasi

Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana.

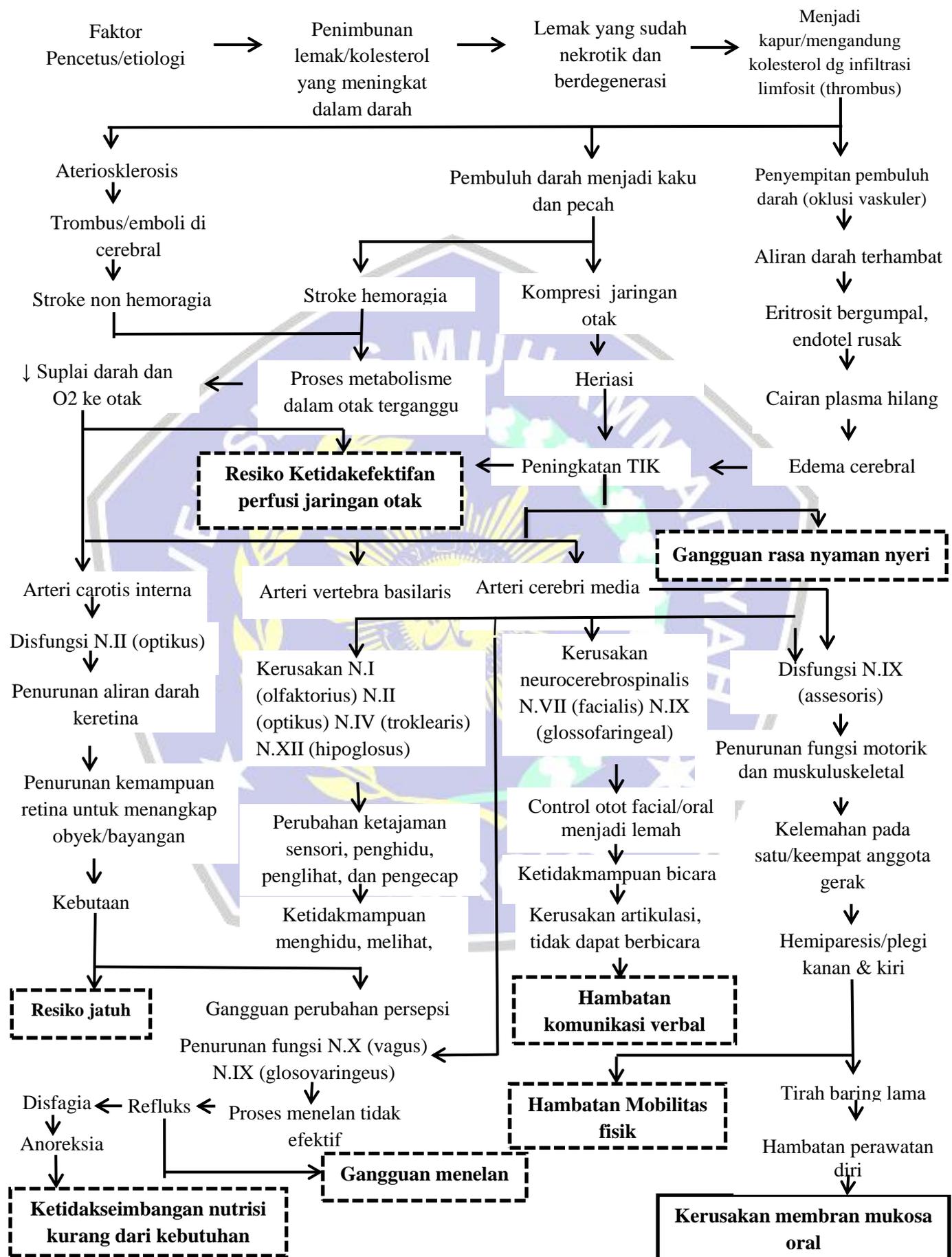
f. E : Evaluasi

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

g. R : *Reassessment*

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

2.3 Hubungan Antar Konsep



Keterangan :

 : Konsep utama yang ditelaah

 : Tidak ditelaah dengan baik

 : Berhubungan

 : Berpengaruh



Gambar 2.1 Hubungan antar konsep asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan kerusakan membran mukosa oral (Nurarif & Kusuma, 2015)

