

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik

2.1.1 Definisi Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik yang biasanya dikenal dengan Stroke Iskemik yaitu Stroke yang diakibatkan adanya penurunan fungsi otak yang disebabkan karena gangguan suplai darah ke bagian otak tidak lancar bahkan terhambat akibat penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah (Tamburian, 2020).

2.1.2 Klasifikasi Stroke Non Hemoragik

Ada 4 jenis pembagian Stroke Non Hemoragik berdasarkan perkembangan waktu, diantaranya (Wijaya & Putri, 2013) :

- a. TIA (*Trans Iskemik Attack*) : Stroke yang terjadi selama beberapa menit saja dan beberapa kali dalam sehari. Gejala yang timbulkan biasanya hilang secara spontan kurang dari 24 jam.
- b. Gangguan Neurologik iskemik *reversible* : berlangsung lama, menetap dan dengan gangguan minimal
- c. Stroke *involuti* : terjadi secara berangsur-angsur disertai bertambahnya gangguan dan menjadi buruk
- d. Stroke Komplit : bersifat mendadak, terjadi pada penderita hipertensi dan gangguan neurologik menetap

2.1.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala Stroke Non Hemoragik seperti (Wijaya & Putri, 2013) :

- a. Kehilangan Motorik
 1. Kelumpuhan dan kelemahan pada salah satu anggota tubuh
 2. Penurunan kekuatan otot
- b. Gangguan dalam Komunikasi
 1. Kelumpuhan pada saraf yang berfungsi untuk berbicara dan menyebabkan kesulitan dalam berbicara atau biasa disebut *disartria*
 2. Kehilangan kemampuan dalam berbicara, bicara cedal atau Pelo dan mulut mencong atau tidak simetris (*Facial Palsy*)
- c. Gangguan Persepsi
 1. Kehilangan setengah lapang pandang yang berkaitan dengan sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan atau biasa disebut *Hemiamopsia*
 2. Menjauhi sisi tubuh yang sakit
 3. Kehilangan sensori seperti kehilangan rasa peka dan sentuhan

2.1.4 Faktor Resiko

Terdapat 2 faktor yang menjadi penyebab terjadinya stroke yaitu tidak dapat diubah dan dapat diubah (Nurarif & Hardhi, 2015):

- a. Faktor yang tidak dapat diubah
 - a. Jenis Kelamin : Pria memiliki resiko lebih tinggi terkena Stroke
 - b. Usia : Semakin bertambah usia maka semakin beresiko terkena stroke dan juga akibat faktor genetik (mempunyai riwayat yang sama

b. Faktor yang dapat dirubah

1. Kebiasaan Hidup seperti merokok, minum beralkohol, obat-obat terlarang, kurangolahraga, dan faktor makanan yang mengandung kolesterol tinggi
2. Hipertensi
3. Diabetes Melitus
4. Obesitas
5. Penyakit Jantung

2.1.5 Etiologi Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik diakibatkan karena 2 hal yang terjadi seperti (Wijaya & Putri, 2013):

1. *Trombosis Sereberi*

Pembuluh darah mengalami oklusi sehingga mengakibatkan penyumbatan jaringan dan terjadi edem disekitarnya

Beberapa keadaan yang menyebabkan *trombosis serebri* adalah Arterosklerosis yaitu penyempitan dan pengerasan pada dinding pembuluh darah yang diakibatkan penumpukan plak pada dinding arteri dan Trombosit yang melekat pada permukaan plak bersamaan dengan fibrin dan perlekatan tersebut perlahan menyebabkan plak membesar dan terbentuk trombus.

2. *Emboli*

Penyumbatan dan penyempitan yang terjadi dipembuluh darah otak akibat bekuan lemak, darah, serta udara. Umumnya emboli berasal dari thrombus

dijantung dan terlepas kemudian menyumbat arteri serebra dan menyebabkan suplai oksigen ke otak tidak efektif

2.1.6 Patofisiologi Stroke Non Hemoragik

Otak adalah organ penting yang membutuhkan oksigen, jika aliran darah yang menuju ke otak mengalami gangguan atau hambatan maka otak akan kekurangan asupan oksigen. Kekurangan oksigen menyebabkan penderita mengalami penurunan kesadaran. Stroke Non Hemoragik didahului oleh faktor pencetus seperti riwayat jantung, hipertensi, diabetes, obesitas, kadar kolesterol tinggi dan kebiasaan merokok. Penyebab tersering stroke non hemoragik adalah arterosklerosis, mula-mula terbentuk penimbunan lemak dalam darah kemudian pembuluh darah mengalami nekrotik dan menjadi Arterosklerosis yang menyebabkan penyempitan bahkan penyumbatan dalam pembuluh darah.

Pada stroke non hemoragik yang disebabkan karena trombus dan emboli menyebabkan iskemia pada jaringan yang pasokan darah serta oksigen tidak adekuat, kemudian akan mengganggu sistem persyarafan (Wijaya & Putri, 2013).

2.1.7 Komplikasi

Akibat penanganan yang kurang cepat dan tepat Stroke Non Hemoragik juga menimbulkan komplikasi seperti (Wijaya & Putri, 2013) :

- a. Berhubungan dengan Mobilisasi
 1. Infeksi pernapasan
 2. Nyeri pada daerah tertekan
 3. Konstipasi

4. Tromboflebitis
- b. Berhubungan dengan imobilisasi
 1. Nyeri pada punggung
 2. Dislokasi sendi
- c. Berhubungan dengan otak
 1. Epilepsi
 2. Nyeri kepala
 3. Kraniotomi

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang bisa dilakukan pada Stroke Non Hemoragik yaitu (Sherly Amanda, 2018) :

a. *Angiografi Serebral*

Pemeriksaan dengan menggunakan sinar Rontgen untuk mengetahui pembuluh darah yang tidak mendapat aliran oksigen adekuat pada arteri dan vena. Dalam prosedur angiografi dokter akan menyuntikkan zat pewarna (kontras) ke pembuluh darah dan naliran darah bisa terlihat jelas dilayar monitor dan masalah yang ada dipembuluh darah dapat diketahui seperti penyempitan atau penyumbatan oklusi atau aneurisma .

b. *Elektro Encefalografi (EEG)*

Pemeriksaan dengan memperlihatkan dan mengidentifikasi suatu penyebab yang ditentukan dari gelombang otak, yaitu ditunjukkan adanya peralambatan gelombang pada spektra sinyal EEG (terdapat aktivitas sinyal delta) dan berkurangnya volume serebral saat aliran darah diotak

menurun dan terjadi perlambatan frekuensi dibagian otak yang mengalami kematian

c. *Computed Tomography Scanning (CT Scan)*

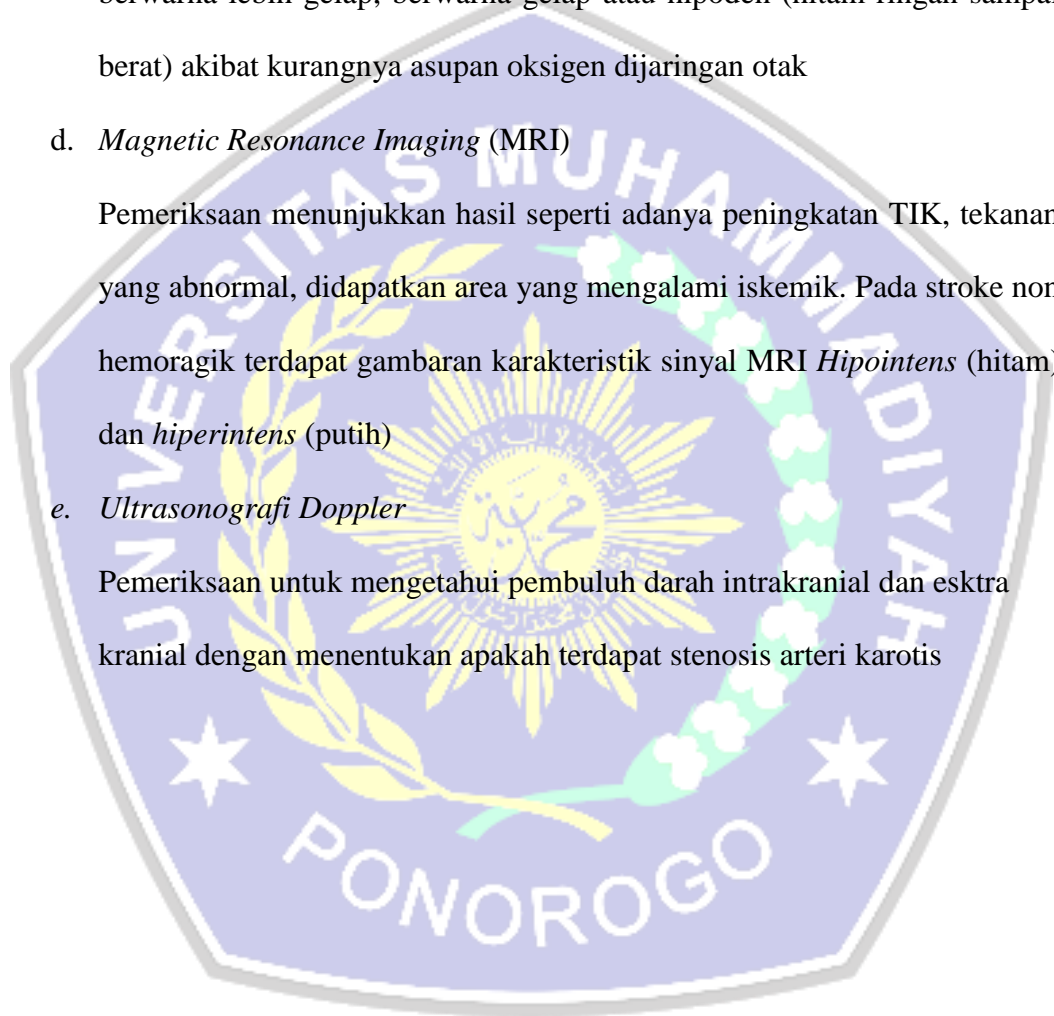
Pemeriksaan dengan memperlihatkan secara spesifik letak edema, jaringan otak yang iskemik. Pada 24-48 jam terlihat dibagian otak berwarna lebih gelap, berwarna gelap atau hipoden (hitam ringan sampai berat) akibat kurangnya asupan oksigen di jaringan otak

d. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Pemeriksaan menunjukkan hasil seperti adanya peningkatan TIK, tekanan yang abnormal, didapatkan area yang mengalami iskemik. Pada stroke non hemoragik terdapat gambaran karakteristik sinyal MRI *Hipointens* (hitam) dan *hiperintens* (putih)

e. *Ultrasonografi Doppler*

Pemeriksaan untuk mengetahui pembuluh darah intrakranial dan ekstra kranial dengan menentukan apakah terdapat stenosis arteri karotis



f. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 2.1 Pemeriksaan hematologi

No	Jenis Pemeriksaan	Normal
Darah perifer lengkap		
1.	Hemoglobin (Hb)	12,5-16,1 gr/dl
2.	Hematokrit (Ht)	36-47%
3.	Eritrosit	4,0-5,2 juta/uL
4.	MCV (Mean corpuscular volume)	78-95fl
5.	MCH (Mean corpuscular hemoglobin)	26-32pg
6.	MCHC (Mean corpuscular hemoglobin concentration)	32-36gr/dL
7.	Trombosit	150.000-350.000/uL
8.	Leukosit	3.800-10.600/uL
Kimia Klinik		
1.	Cholesterol	< 200
2.	Asam urat	2-7 mg/dl
3.	Trigliserida	70-140

(Sumber : Amanda, 2018)

2.1.9 Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

Ada beberapa penatalaksanaan pada pasien Stroke Non Hemoragik yaitu

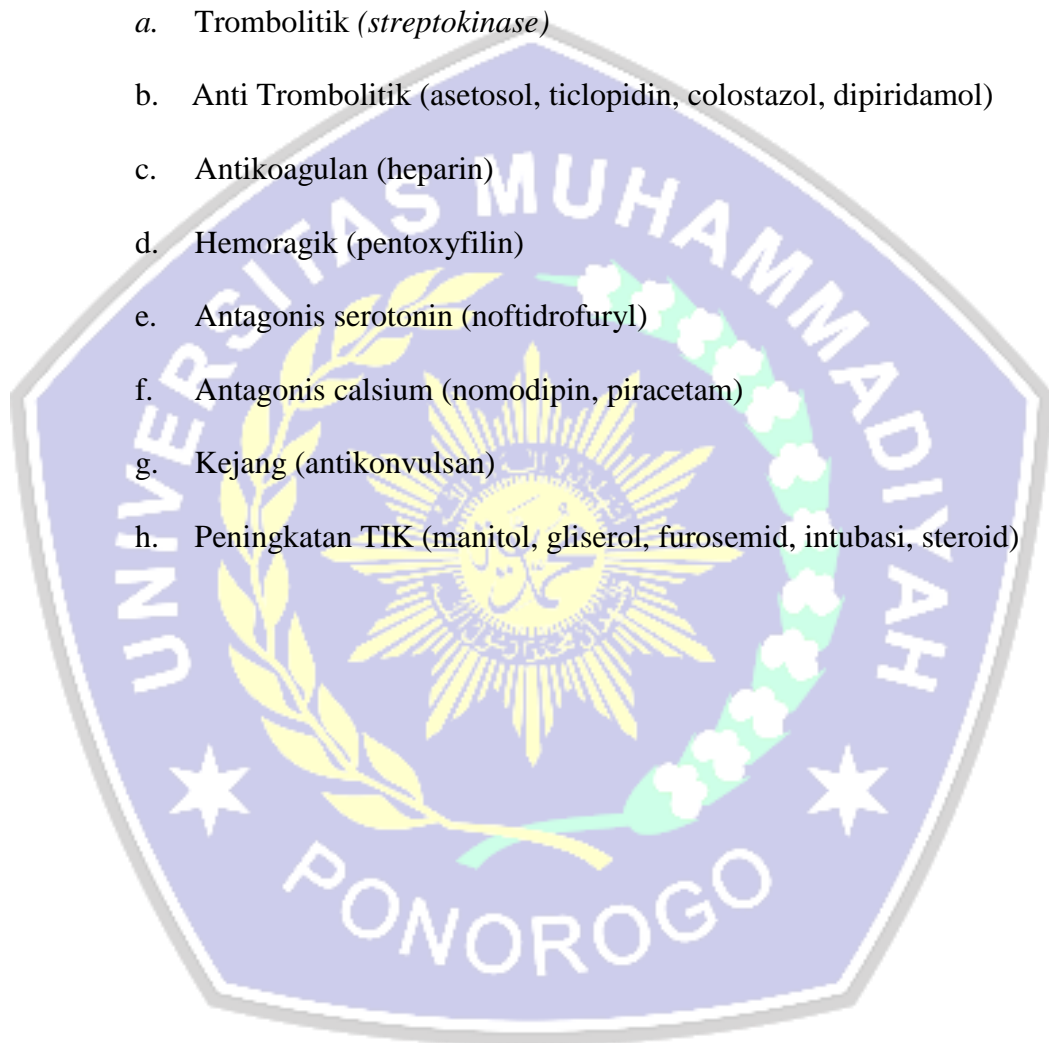
(Wijaya & Putri, 2013) :

- 1) Penatalaksanaan Umum
 - a. Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat
 - b. Bebaskan jalan napas, pemberian oksigen 2-3liter/menit
 - c. Pemasangan kateter untuk pengosongan kandung kemih
 - d. Kontrol tekanan darah dan suhu tubuh

- e. Pemberian nutrisi secara oral diberikan pada pasien dengan fungsi menelan yang masih baik dan pemasangan NGT dengan pasien yang mengalami penurunan kesadaran
- f. Latih mobilisasi jika memungkinkan

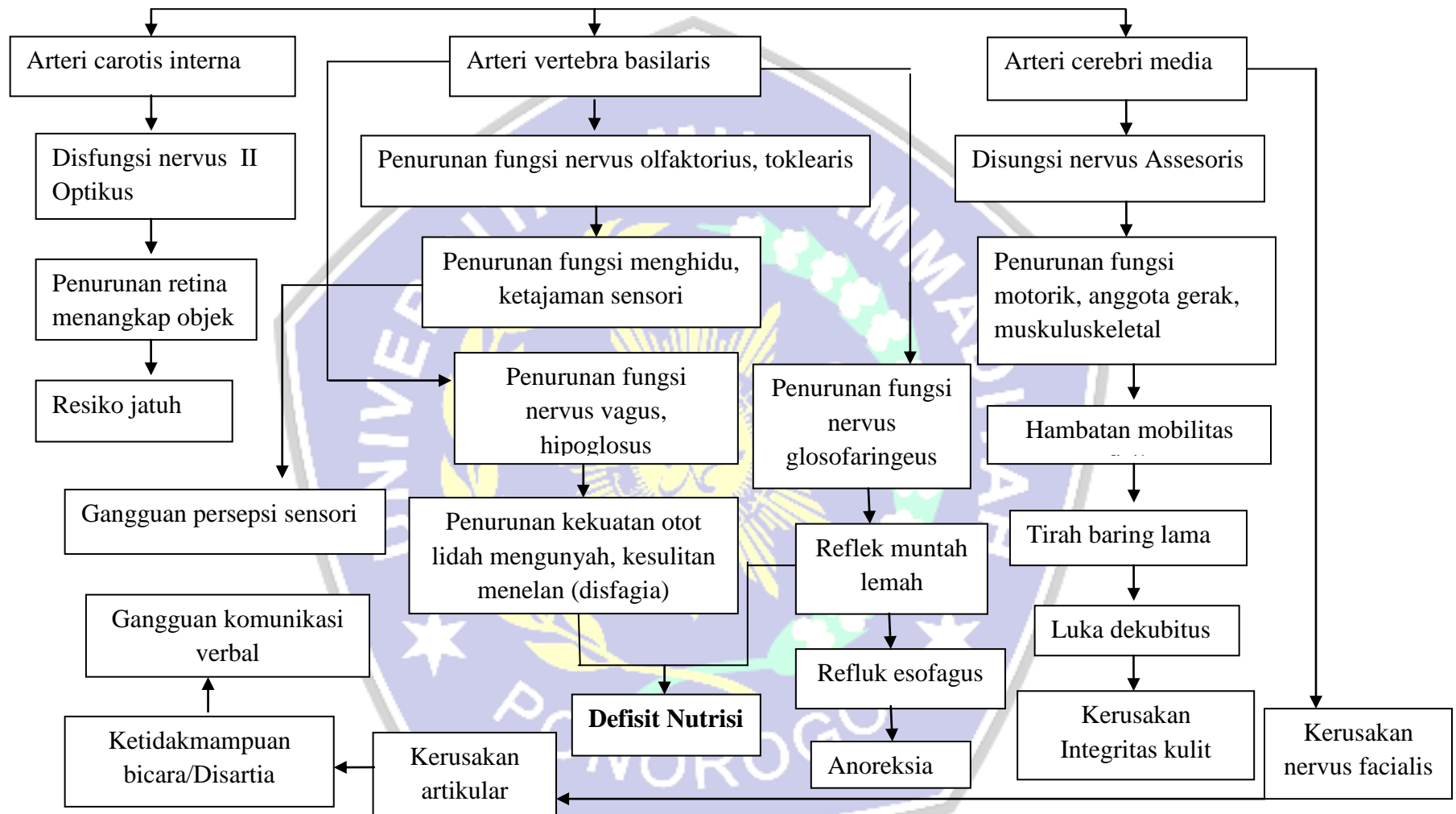
2) Penatalaksanaan Medis

- a. Trombolitik (*streptokinase*)
- b. Anti Trombolitik (asetosol, ticlopidin, colostazol, dipiridamol)
- c. Antikoagulan (heparin)
- d. Hemoragik (pentoxyfilin)
- e. Antagonis serotonin (noftidrofuryl)
- f. Antagonis calcium (nomodipin, piracetam)
- g. Kejang (antikonvulsan)
- h. Peningkatan TIK (manitol, gliserol, furosemid, intubasi, steroid)



2.1.10 Pathway





Gambar 2.1 Pathway

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2.2 Konsep Dasar Defisit Nutrisi Pada Stroke Non Hemoragik

2.2.1 Definisi Defisit Nutrisi

Defisit nutrisi menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) merupakan asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Nutrisi kurang dari kebutuhan merupakan kondisi dimana asupan nutrisi yang diperlukantubuh untuk aktifitas sehari-hari mengalami kekurangan.

2.2.2 Etiologi Defisit Nutrisi

Penyebab dari Defisit Nutrisi yang dialami oleh pasien stroke adalah karena hal-hal berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

1. Ketidakmampuan dalam menelan makanan
2. Ketidakmampuan saat mencernakan makanan
3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi
4. Peningkatan dalam kebutuhan metabolisme
5. Faktor ekonomi yang tidak cukup
6. Faktor psikologis yaitu stress, keenganan untuk makan

2.2.3 Patofisiologi Defisit Nutrisi

Stroke Non Hemoragik bias menyebabkan penderita yang mengalami Defisit Nutrisi dikarenakan sel saraf yang berfungsi menghantarkan impuls dari suatu rangsangan mengalami nekrosis karena adanya bekuan lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah atau karena tersumbatnya bekuan darah dan menyebabkan terjadinya gangguan fungsi sel saraf. Gangguan tersebut menyebabkan kerusakan dan penurunan fungsi pada *Nervus X (vagus)* dan *Nervus XII*

(*Hiplogosus*). Penurunan fungsi nervus tersebut kemudian menyebabkan proses mengunyah dan menelan menjadi tidak efektif terjadi refluks esofagus . Penurunan fungsi pada saraf *vagus* dan *hipoglosus* menyebabkan ketidakmampuan menelan makanan dan terjadi Anoreksia dan muncul masalah Defisit Nutrisi. Defisit Nutrisi pada pasien Stroke Non Hemoragik menyebabkan penderita yang mengalami penurunan berat badan minimal 10% dibawah rentang ideal, tubuh terasa lemas, terjadi gangguan tidur dan biasanya penderita stroke juga rentan mengalami konstipasi akibat asupan nutrisi yang kurang, ditambah harus menjalani perawatan dengan Bedrest total dan menyebabkan gerakan peristaltik usus menurun (Sari & Rafdinal, 2019).

2.2.4 Tanda dan Gejala Defisit Nutrisi

Didalam buku SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yang disusun oleh Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) tanda dan gejala dari Defisit Nutrisi yaitu:

1. Tanda dan Gejala Mayor
 - a. Penurunan berat badan minimal 10% dibawah rentang ideal
2. Tanda dan Gejala Minor
 - a. Subjektif
 - Penurunan nafsu makan
 - b. Objektif
 1. Kelemahan otot pengunyah
 2. Kelemahan otot menelan
 3. Membrane mukosapucat

2.2.5 Dampak Defisit Nutrisi

Dalam buku Keperawatan Medikal Bedah 2 (Wijaya & Putri, 2013) dampak yang disebabkan oleh Defisit Nutrisi adalah :

1. Konstipasi

Konstipasi terjadi akibat proses defekasi yang menurun, pengeluaran fekes yang sulit akibat asupan makanan yang berkurang dan fekes menjadikering dan keras.

2. Penurunan Berat Badan

Berat badan yang menurun akibat asupan yang tidak adekuat karena penurunan nafsu makan dan kesulitan menelan makanan.

3. Badan Letih

Badan letih bisa diakibatkan karena aktifitas fisik yang menurun, tirah baring yang lama dan kurangnya asupan makanan yang menyebabkan penurunan energi dalam tubuh.

4. Gangguan Pola Tidur

Gangguan pola tidur disebabkan karena cemas akibat perut terasa kosong atau belum cukup mendapat asupan makanan. Selain itu gangguan pola tidur juga bisa disebabkan karena lingkungan Rumah Sakit.

2.2.6 Komplikasi Defisit Nutrisi pada Stroke Non Hemoragik

Komplikasi yang ditimbulkan akibat defisit nutrisi pada penderita stroke non hemoragik yaitu (Alimul 2006 : Kusuma Wira 2018) :

1. Hipoksia Serebral

Kondisi rendahnya kadar oksigen akibat kurangnya aliran darah dan kadar hemoglobin yang rendah didalam sel dan jaringan yang

berakibat sel dan jaringan diseluruh bagian tubuh tidak dapat berfungsi secara normal

2. Penurunan aliran darah

Penurunan aliran darah disebabkan akibat penyempitan pada pembuluh darah karena penumpukan plak pada dinding pembuluh darah dan mengakibatkan aliran darah menjadi tidak lancar bahkan terhenti dan mengurangi suplay darah serta oksigen keseluruh organ tubuh

3. Cedera yang semakin luas

Kekurangan nutrisi mengakibatkan cedera stroke semakin meluas karena nutrisi bertujuan untuk meningkatkan kadar oksigen dalam darah, jika nutrisi berkurang maka terjadi penurunan kadar oksigen dalam darah dan cedera akan semakin meluas dan menyebabkan edema.

2.2.7 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi menurut (Mardalena & Suyani, 2016) ada 2 cara pengukuran status gizi secara langsung seperti Antropometri, pemeriksaan klinis, dan Biokimia. Secara tidak langsung seperti kebiasaan mengkonsumsi makanan, penilaian statistik vital dan faktor Ekologi.

A. Berikut Metode penilaian status gizi secara langsung :

1) Antropometri

Penilaian yang menggunakan beberapa parameter ukuran fisik tubuh sebagai acuan status gizi seseorang, parameter tersebut seperti Umur, Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB), Lingkar Lengan Atas (LILA), dan Indeks Masa Tubuh (IMT).

a. Berat badan

Berat badan adalah hasil dari sebuah peningkatan atau penurunan jaringan yang ada ditubuh.

b. Tinggi badan dan berat badan menurut Umur

Penggolongan Tinggi Badan menurut umur seperti :

Tabel 2.2Tinggi Badan dan Berat badan menurut penggolongan umur

No	Kategori	Umur (Tahun)	BB(kg)	TB(cm)
1	Bayi	0,0-0,5	6kg	60 cm
		0,5-1.0	9kg	71 cm
2.	Anak-anak	1-3	13 kg	90 cm
		4-6	20 kg	112 cm
		9-10	28 kg	132 cm
3.	Pria	11-14	45 kg	157 cm
		15-18	66 kg	176 cm
		19-24	72 kg	177 cm
		25-50	79 kg	176 cm
		5I keatas	77 kg	173 cm
4.	Wanita	11-14	46 kg	157 cm
		15-18	55 kg	163 cm
		19-24	58 kg	164 cm
		25-50	63 kg	163 cm
		5I keatas	65 kg	160 cm

Sumber : Nurrachmah 2001 dalam Wira Kusuma 2018

c. Lingkar Lengan Atas

Pengukuran lila menentuksn gamabaran umum keadaan jaringan otot atau lapisan lemak bawah kulit (Mardalena & Suyani, 2016)

d. Indeks Masa Tubuh

Untuk menentukan IMTdengan alat sepertiTimbangan berat badan dan alat ukur tinggi badan. Pengukuran IMTyaitu : Berat badan dalam satuan (kg) dibagi Tinggi Badan (m) dipangkat 2.

Tabel 2.3 Kategori penilaian gizi dengan metode Indeks Masa Tubuh

Kategori	Batas Ambang
Underweight	<18,5
Normal	18,5 – 22,9
Overweight	>23,0
At Risk	23,0-24,9
Obesitas 1	25,0-29,9
Obesitas 2	>30,0

Sumber : Nurrachmah 2001 dalam Wira Kusuma 2018

2) Klinis

Pemeriksaan status gizi secara klinis dilakukan dengan melihat tanda dan gejala klinis yang menggambarkan kekurangan gizi (Mardalena & Suyani, 2016).

Pemeriksaan klinis menggunakan metode anamnesis, observasi, palpasi, perkusi dan auskultasi

- a. Anamnesis : melakukan wawancara untuk mendapatkan data seperti keluhan yang dirasakan.
- b. Observasi: pemeriksaan fisik *head to toe*
- c. Palpasi : memeriksa dengan meraba pada anggota tubuh tertentu
- d. Perkusi : melakukan pemeriksaan dengan ketukan pada bagian tubuh tertentu
- e. Auskultasi : mendengarkan suara pada bagian tubuh tertentu, seperti mendengarkan bising usus.

3) Biokimia

Pemeriksaan dengan metode Biokimia adalah pemeriksaan laboratorium hematokrit, albumin dan hemoglobin (Mardalena & Suyani, 2016).

Metode pemeriksaan status gizi secara tidak langsung meliputi (Mardalena & Suyani, 2016) :

a. Survei Makanan

Penilaian status gizi dengan menyakan makanan yang dikonsumsi atau zat gizi yang terdapat pada makanan. Perlu dikaji makanan kesukaan klien, kebiasaan makan sebelum masuk rumah sakit, membuat daftar perencanaan makan sesuai dengan kondisi klien. Memberikan edukasi tentang makanan yang harus dibatasi maupun dihindari oleh penderita stroke.

b. Ekologi

Faktor ekologi yang mempengaruhi status gizi seseorang berupa sosial ekonomi, pekerjaan, lingkungan, agama, tingkat pendapatan, fasilitas pelayanan kesehatan, ketersediaan air bersih dan lingkungan tempat tinggal yang menyebabkan gagal panen.

c. Statistik Vital

Data statistik bisa menjadi acuan keadaan status gizi dari suatu daerah, data statistik yang berkaitan dengan status gizi seperti angka kesakitan, angka kematian, pelayanan kesehatan dan infeksi.

4) Metode Pengkajian Nutrisi

Menurut (Proverawati 2011 dalam Wira Kusuma 2018) pengkajian Nutrisi disingkat menjadi ABCD, meliputi :

a. *Antropometric measurement (A)*

Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan Lila dan IMT

b. Biochemical Data (B)

Jenis pemeriksaan ini merupakan hasil laboratorium diantaranya albumin, transferin, BUN, hemoglobin, kreatinin

c. Clinical Sign (C)

Pengkajian di *Clinical Sign* meliputi rambut (kusam, kemerahan, tipis, patah-patah), bibir (kering, mukosa pucat, stomatitis), kulit (kering, kusam, lemak subcutan tidak ada), mata (konjungtiva pucat), gigi (karies gigi, kotor), lidah apakah tertarik pada sisi yang sakit.

d. Dietary (D)

Diet merupakan perencanaan pilihan makanan yang mengandung gizi seimbang dengan menyesuaikan kondisi klien. pada pasien stroke harus dilakukan screening gizi, semua pasien mendapatkan akses dietisien untuk dilakukan pemberian gizi lebih lanjut. Screening dilakukan 1x24 jam setelah pasien masuk rumah sakit, dan screening lanjut 2x24 jam, dan screening ulang dilakukan sesuai hasil dari screening lanjut. Pada stroke non hemoragik dengan defisit nutrisi perlu dikaji dalam permasalahan yang menyebabkan klien mengalami defisit nutrisi seperti kekuatan atau penurunan fungsi otot pengunyah dan menelan makanan.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang Defisit Nutrisi

A. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Albumin (Normal 3,5-5mg/dl)
- b. Natrium (135-145 mEq/L)
- c. Hemoglobin (12-16 mg/dl)
- d. BUN (Normal laki-laki 10-25 mg/dl, Perempuan 8-29 mg/dl)
- e. Kalium (3,7-5,2 mmol/L)
- f. Gula darah (Normal <140 mg/dl)
- g. Pengukuran Antropometri

1. IMT ($BBkg:TBm^2$)
2. Lingkar lengan atas (LILA)

Laki-laki : normal 28,3 cm dan Wanita : normal 28,5 cm

- a. Malnutrisi ringan < 25,9 cm
 - b. Malnutrisi sedang <18,5 cm
 - c. Malnutrisi berat < 16 cm
3. Lipatan kulit otot trisep
 - a. Laki-laki : 12,5-16,5 cm
 - b. Wanita : 16,5-18 cm
 4. Pemeriksaan Klinis

Pemeriksaan klinis yang mampu dijadikan patokan seseorang mengalami nutrisi yang kurang atau gizi buruk adalah (Halil dkk,2017) :

Tabel 2.4 Pemeriksaan klinis kekurangan nutrisi dan gizi buruk

No	Sistem	Keadaan zat gizi	Tanda dan gejala
1	Rambut	Protein	Perubahan warna, kusam, kering, mudah rontok,
2	Kulit	Lemak, Niasin, biotin	<i>Dermatitis</i>
3	Mata	Kekurangan vitamin A	Photophobia, Rabun senja
4	Mulut dan Gigi	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Riboflavin</i> b. <i>Vitamin B12</i> c. <i>Niasin</i> d. <i>Fluor</i> 	<ul style="list-style-type: none"> a. Stomatitis b. Glossitis c. Karies gigi

Sumber : (Mardalena & Suyani, 2016)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik dengan Defisit Nutrisi

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan pertama dari suatu proses keperawatan meliputi pengumpulan data secara sistematis melalui berbagai sumber data. Menurut Wahyuni (2016) fokus pengkajian yang harus dikaji pada pasien Stroke Non Hemoragik meliputi :

1) Pengkajian Identitas meliputi :

a. Nama

Nama klien menggunakan inisial untuk menjaga privasi klien atas informasi kesehatan (Wahyuni, 2016)

b. Umur

Faktor umur merupakan faktor yang tidak dapat diubah, faktor umur resiko terjadinya stroke dimulai usia <55 tahun yang beresiko

menderita stroke 2x lipat lebih besar. Seiring bertambahnya usia, penderita stroke paling banyak pada terjadi pada usia 65 tahun dan jarang terjadi pada usia 40 tahun. Proses penuaan dimana semua organ tubuh mengalami penurunan fungsi termasuk pembuluh darah otak menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan dan penyempitan (Sofyan et al, 2015)

c. Jenis kelamin

laki-laki memiliki resiko lebih untuk menderita stroke dimana kebiasaan seperti merokok dan riwayat mengkonsumsi alkohol lebih besar dibanding perempuan. Prevalensi stroke iskemik pada laki-laki 25% dan untuk perempuan 20% (Sofyan et al, 2015).

d. Pendidikan

Pendidikan dan kesehatan mempunyai hubungan yang berkaitan, tingkat pendidikan juga menentukan pemahaman seseorang dalam kesadaran kesehatan dan penyakit yang sedang diderita. Beberapa beranggapan apabila tingkat pendidikan baik maka akan mendapatkan pengetahuan dan pemahaman tentang kesehatan yang baik pula (Sofyan et al, 2015).

e. Pekerjaan

Status pekerjaan seseorang mempunyai hubungan dengan status ekonomi yang mempengaruhi pendapatan didalam keluarga dan umumnya kematian stroke berhubungan dengan keluarga dengan status ekonomi yang rendah. Jenis pekerjaan juga mempengaruhi

faktor resiko stroke, seperti jenis pekerjaan yang memiliki tekanan dalam pekerjaan dan tingkat stress yang tinggi (Sofyan et al, 2015).

2) Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama : keluhan utama yang muncul berupa kelemahan separuh anggota badan, penurunan kesadaran, tidak mampu makan dan gangguan dalam berbicara

b. Riwayat Penyakit Sekarang : Keluhan mual, muntah, kejang, penurunan kesadaran, tidak mampu makan, kelumpuhan sebagian badan, dan nyeri kepala.

Pengkajian PQRST

P : *Provokatif/paliatif*, yaitu penyebab atau yang menimbulkan masalah, biasanya pasien stroke mengalami jatuh secara tiba-tiba

Q : *Qualitas*, yaitu bagaimana kualitas/rasanya

R : *Regio*, yaitu lokasi atau bagian tubuh yang mengaami masalah

S : *Skala*, berapa skala yang dirasakan (1-10) dan pengaruh terhadap aktivitas

T : *Time*, kapan hal itu terjadi, berapa lama, tiba-tiba atau bertahap

Biasanya timbul secara mendadak

c. Riwayat Penyakit Dahulu : Riwayat Stroke sebelumnya, hipertensi, penyakit jantung, trauma kepala, penggunaan antikoagulan, vasodilator, dan kegemukan, riwayat alkohol, merokok

d. Riwayat Penyakit Keluarga : biasanya dari keluarga ada yangmenderita hipertensi, diabetes melitus atau stroke pada masa lalunya.

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Peran pasien dalam keluarga, adanya hambatan atau gangguan berinteraksi, stressor ,rasa cemas yang berlebihan, status dalam pekerjaan, kegiatan ibadah selama dirumah dan dirumah sakit.

3) Pola fungsi kesehatan

a. Makan dan minum : gangguan menalan makanan, nafsu makan menurun, mual, muntah, saliva berlebihan, penurunan sensasi (rasa pada lidah, pipi, tenggorokan), kaji kebiasaan makan dan minum sebelum sakit seperti pola makan sehari-hari, waktu, jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi setiap hari karena jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi juga berhubungan dengan faktor resiko stroke yang dialami klien

b. Aktivitas dan Istirahat

Kaji aktivitas klien seperti pekerjaan atau aktivitas sehari-hari yang sering dilakukan,kaji waktu dan lamanya istirahat setelah melakukan kegiatan. Adapun kesulitan dalam menjalani aktivitas dan mengganggu saat klien istirahat diantaranya :

1. Merasa kesulitan saat beraktifitas karena kelemahan dan paralisis
2. Merasa mudah lelah, gangguan saat istirahat
3. Penurunan kekuatan otot(*flaksid, spastik*)
4. Gangguan penglihatan
5. Penurunan kesadaran
6. Kesulitan tidur akibat nyeri kepala

c. Pola eliminasi

1. BAK : adanya gangguan dalam berkemih inkontinensia urine, anuria
2. BAB : distensi pada abdomen, bising usus menurun

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Umumnya tingkat kesadaran cukup namun mendadak mengalami penurunan kesadaran akibat luasnya pembuluh darah yang mengalami penyumbatan. Untuk memeriksa kesadaran gunakan *Glasgow coma scale* (GCS), berdasarkan respon membuka mata (Eye), Motorik, dan respon verbal

Parameter pemeriksaan seperti :

Tabel 2.5 Pemeriksaan GCS (*Glasgow coma scale*)

Jenis pemeriksaan parameter	Nilai
Membuka mata dengan spontan	4
Atas perintah (suara)	3
Dengan rangsangan nyeri	2
Tidak ada respon	1
Respn verbal/bicara orientasi baik	5
Bingung/kacau	4
Mampu membentuk kata baik, kalimat tidak	3
Bergumam	2
Tidak keluar kata sama sekali	1
Dapat mengikuti perintah	6
Melokalisir nyeri	5
Menghindari nyeri	4
Respon fleksi saat diberi rangsangannyeri	3
Respon ekstensi saat diberi rangsangan nyeri	2
Tidak ada gerakan	1

Sumber :Wahyuni, 2016

b) TTV (tanda-tanda vital) : tekanan darah, nadi (bradikardi, takikardi),
respirasi, suhu

c) Anamnesis : pengambilan anamnesis harus dilakukan dengan teliti untuk menetapkan jenis stroke hemoragik atau non hemoragik (Sherly Amanda, 2018)

Tabel 2. 6Anamnesis perbedaan stroke Hemoragik dan Non hemoragik

No	Gejala	Stroke Non Hemoragik	Stroke Hemoragik
1.	Onset/awitan	Mendadak	Mendadak
2.	Nyeri kepala	+ -	+++
3.	Kejang	-	+
4.	Muntah	-	+
5.	Penurunan kesadaran	+ -	+++
6.	Kaku kuduk	-	+
7.	CT Scan	Terlihat daerah hitam	Ada area putih

Sumber :Amanda, 2018

Keterangan :

+ - : Terkadang ada/pehah, terkadang tidak

+ : Mungkin ada

- : Tidak ada/tidak pernah

+++ : Ada

d) Pemeriksaan *Head to toe*

1. Pemeriksaan kepala dan Muka

- a) Kepala : Kebersihan, adanya hematoma, bekas operasi atau luka dikepala
- b) Muka : umumnya tidak simetris antara kanan dan kiri
- c) Mata : Apakah penglihatan terasa kabur (karena kerusakan *nervus optikus*, gangguan dalam menggerakkan bola mata (Gangguan *nervus*), gangguan dalam memutar bola mata (*Nervus abducentis*))

2. Pemeriksaan hidung, mulut dan leher

- a. Hidung : apakah adanya gangguan penciuman akibat kerusakan Nervus I Olfaktorius
- b. Mulut : gangguan pengecapan akibat kerusakan nervus vagus, kesulitan atau gangguan menelan, adanya Facial Palsy
- c. Leher : didapatkan kaku kuduk

3. Pemeriksaan dada

Biasanya didapatkan suara nafas yang ronchi, wheezing atau suara tambahan lain, pernafasan yang tidak teratur akibat reflek batuk dan menelan yang mengalami penurunan

4. Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan gerakan peristaltik usus akibat lama *bedrest* klien, dan terkadang terdapat kembung

5. Pemeriksaan Genetalia dan Anus

Biasanya terdapat *incontinensia urine* atau *retensi urine*

6. Pemeriksaan Ekstremitas

Ekstremitas biasanya pada pasien stroke ditemukan hemiplegi

paralisa atau hemiparasi, pengukuran kekuatan otot, normal 5

Nilai 0 : bila tidak ada kontraksi otot

Nilai 1 : bila terlihat kontraksi namun tidak ada gerakan sendi

Nilai 2 : bila ada gerakan sendi namun tidak melewati grafitasi

Nilai 3 : bila dapat melewati grafitasi namun tidak dapat menahan tekanan pemeriksaan

Nilai 4 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang

Nilai 5 : bila dapat melawan kekuatan tahanan dengan kekuatan penuh

5	5
5	5

Keterangan : Ekstremitas kiri dan kanan atas (tangan)

Ekstremitas kiri dan kanan bawah (kaki)

5) Pemeriksaan Nervus

1. Nervus I (*Olfactory*)

Test fungsi pembauan dengan klien ditutup mata dan minta klien mencium benda yang baunya tajam seperti kopi, tembaku dan bandingkan dengan hidung kanan dan kiri

2. Nervus II (*Optikus*)

Test visual dan lapang pandang, test visual dengan satu mata klien ditutup kemudian suruh klien membaca buku atau koran dan bandingkan dengan kanan dan kiri

Test lapang pandang dengan klien menutup salah satu sisi mata dan klien melihat hidung pemeriksa dan pemeriksa memegang benda kemudian digerakkan dan beritahu klien jika klien melihat benda tersebut

3. Nervus III, IV, VI (*Oculomotorius, Trochlear dan Abducens*)

Nervus III : respon pupil terhadap cahaya, menyrotkan cahaya senter kemata

Nervus IV : kepala klien tegak lurus gerakkan objek kakanan dan observasi apakah adanya nistgamus

Nervus VI : minta klien untuk melihat kearah kiri dan kanan tanpa kepala menegok

4. Nervus V (*Trigeminus*)

a. Fungsi sensasi : mengusap kapas kearea kelopak mata atas dan bawah

b. Reflek kornea : letakkan kapas diujung mata dan lihat apakah klien berkedip

c. Fungsi motorik : minta klien untuk melakukan gerakan mengunyah dan lakukan palpasi pada otot temporal dan massester

5. Nervus VII (*Facialis*)

a. fungsi sensasi : kaji sensasi lidah klien dengan rasa asam, manis, pahit

b. fungsi motorik : minta klien untuk tersenyum, meringis, mengerutkan dahi menutup dan membuka mata.

6. Nervus VIII (*Austikus*)

Pemeriksaan pendengaran dengan menutup satu telinga dan bisikkan ketelinga klien dan bandingkan dengan telinga kiri dan kanan

Kaji keseimbangan klien dengan minta klien berdiri dan berjalan apakah bisa melakukan atau tidak

7. Nervus IX (*Glosopharingeal*)

Meraba bagian belakang lidah dengan menggores pada dinding faring kanan dan kiri

8. Nervus X (*Vagus*)

Reflek menelan dengan menekan dinding pharynx menggunakan tong spatel akan terlihat saat klien menelan

Test inspeksi gerakan ovula (saat klien mengucapkan “ah”) apakah simetris dan tertarik keatas

9. Nervus XI (*Accessories*)

Minta klien menoleh kesamping melawan tahanan, apakah *Strenocledomastoideus* terlihat ?

Minta klien mengangkat bahu dan pemeriksa menahan bahu klien

10. Nervus XII (*Hyplogosus*)

Mengkaji gerakan lidah saat ber bicara dan menelan, inspeksi posisi lidah, minta klien mengeluarkan lidah dan memasukkan lidah dengan cepat dan minta klien menggerakkan lidah kekanan dan kekiri

6) Pemeriksaan Refleks (Wahyuni, 2016)

a. Refleks Fisiologis

1. Refleks bicep

Lengan fleksi pada siku 90 derajat telapak tangan menghadap kebawah, letakkan ibu jari tangan kita pada biceps ketuk dengan refleks hammer, dan perhatikan fleksi pada siku, rasakan apakah adanya kontraksi *biceps*

2. Refleks tricep

Lengan fleksi sendi siku, posisi menyilang dada, ketuk tenon triceps diatas siku :observasi kontraksi otot tricep berada pada jarak 1-2 cm diatas olecranon

3. Refleks patella/lutut

Klien duduk atau baring dengan dibantu posisi reflek sendi lutut ketuk tendon patella dibawah patella sambil observasi kontraksi ekstensi lutut

4. Refleks achilles/ankle

Posisi kaki adalah dorsofleksi, untuk memudahkan pemeriksaan kaki klien disilangkan diatas tungkai bawah, tendon achilles diketuk dengan refleksi hammer, normal gerakan plantar fleksi

b.Refleks Patologis

1. Reflek babinski

Lakukan penggosan pada telapak kaki bagian lateral dari posterior ke anterior, respon positif apabila terdapat gerakan dorsofleksi ibu jari dan jari lainnya mengalami pengembangan

2. Refleks chaddock

Penggosan kulit dorsum pedis bagian lateral dari posterior ke anterior Respon positif apabila ibu jari dorsofleksi dan jari-jari lain ikut mekar

3. Refleks schaeffer

Tekan pada tendon achilles

Amati gerakan ibu jari apakah dorsofleksi dan mekarnya jari-jari (*fanning*)

4. Refleks openhime

Pengurutan pada tibia dari proksimal ke distal secara cepat

Amati adanya gerakan ibu jari apakah dorsofleksi dan mekarnya jari-jari

5. Refleks Gordon

Memberi penekanan pada otot betis

Amati adanya gerakan ibu jari apakah dorsofleksi dan mekarnya jari-jari

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif & Hardhi, 2015 diagnosa keperawatan yang sering muncul padapasien Stroke adalah :

1. Gangguan menelan berhubungan dengan penurunan fungsi nervus vagus atauhilangnya refluks muntah.
2. Defisit Nutrisi berhubungan berhubungan dengan kemampuan mencernamakanan, pernurunan fungsi nervus hipoglosus, gangguan menelan.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparasis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi spasitisitas dan cedera otak.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gejala sisa stroke.
5. Kerusakan integritas kulit berhubungan hemiparesis, hemiplegia, penurunanmobilitas.
6. Resiko jatuh berhubungan perubahan ketajaman penglihatan.
7. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi ototfacial/oral.
8. Resiko ketidakefektifan jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran darah keotak

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.7 Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
<p>Defisit Nutrisi</p> <p>Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Etiologi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencern makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorbi nutrien 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (<i>misal finansial tidak cukup</i>) 6. Faktor psikologis (<i>misal stress, keengganan makan</i>) <p>Tanda dan Gejala :</p> <p>a. Tanda dan Gejala Mayor</p> <p>Objektif : Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</p> <p>b. Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat terasa kenyang setelah makan 2. Kram atau nyeri abdomen 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x dalam 24 jam diharapkan asupan nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot pengunyah membaik 2. Kekuatan otot menelan membaik 3. Pengetahuan tentang pilihan makanan dan minuman yang sehat membaik 4. Frekuensi makan membaik 5. Nafsu makan membaik 6. Bising usus membaik 7. Membran mukosa membaik 	<p>Intervensi Utama (Manajemen Nutrisi)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi perlunya penggunaan NGT 4. Monitor asupan makan 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet 2. Sajikan makanan yang menarik dengan suhu sesuai 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

3. Penurunan nafsu makan

Objektif :

1. Bising usus hiperaktif
2. Otot pengunyah dan menelan lemah
3. Membran mukosa pucat
4. Sariawan
5. Penurunan kadar albumin
6. Rambut rontok berlebihan
8. Diare

Kondisi Klinis Terkait

1. Stroke
2. Parkinson
3. *Mobius Syndrome*
4. *Cerebral Palsy*
5. *Cleft lip*
6. *Clep Palate*
7. *Amvotropic lateral sclerosis*

Edukasi

1. Anjurka posisi duduk, jika mampu
2. Ajarkan diet yang diprogamkan

Kolaborasi

1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

Sumber : Tim Pokja DPP PPNI SDKI (2017), SLKI (2019), SIKI (2018)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap asuhan keperawatn dimana perawat melaksanakan tindakankeperawatan sesuai dengan rencana keperawatan dan perwujudan dari tahap perencanaan (Wahyuni, 2016).

Fokus Implementasikeperawatan pada pasien Defisit Nutrisi adalah

memberikan Nutrisi yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi dan masalah pencernaan yang lainnya, memberikan makanan yang mengandung tinggi kalori tinggi protein untuk memenuhi kebutuhan energi dengan tekstur yang lunak atau halus.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Tahapan akhir dari asuhan keperawatan yaitu evaluasi, evaluasi adalah dimana perawat membandingkan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. pengisian format yang dipakai dalam evaluasi adalah format SOAP (Wahyuni, 2016)

Format SOAP :

S : Data Subjektif

Data yang didapat dari klien berupa perkembangan dari keadaan berupa apa yang dikatakan klien, dirasakan dan yang dikeluhkan

O : Data Objektif

Data yang diperoleh dari klien berupa keadaan yang bisa dilihat dan diukur oleh perawat maupun tenaga medis lain

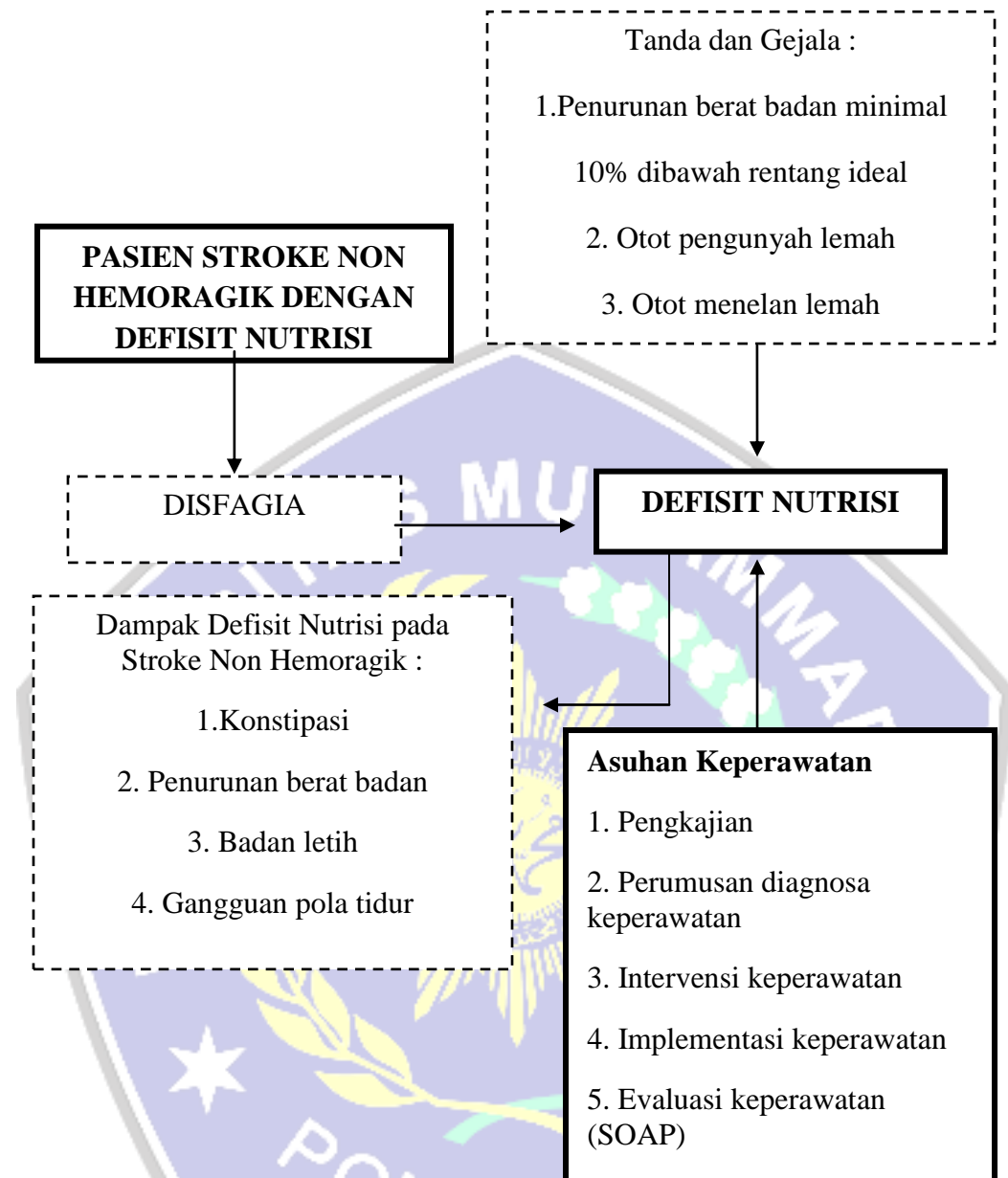
A : Analisis

Penilaian data subjektif dan objektif mengarah lebih baik atau menurun

P : Perencanaan

Rencana untuk klien dengan didasarkan dari hasil i analisa data yang berisi kelanjutan perencanaan tindakan apabila keadaan klien menurun atau belum teratasi.

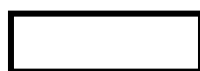
2.4 Hubungan Antar Konsep Stroke Non Hemoragik dengan Defisit Nutrisi



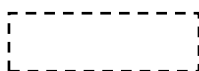
Gambar 2.2 Kerangka teori Asuhan Keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan defisit nutrisi

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

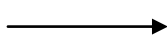
Keterangan :



: Konsep yang diutamakan



: Tidak ditelaah dengan baik



: Berpengaruh

