

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah gangguan suplai darah ke otak terjadi karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke otak, sehingga menyebabkan kerusakan pada jaringan otak (WHO, 2018). Stroke merupakan sindrom klinis yang timbul secara mendadak dan cepat yang berlangsung 24 jam atau lebih bahkan dapat menimbulkan kematian (Rendi 2012 dalam Viky, 2017).

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebral (Kusuma 2015 dalam Mario, 2017). Gangguan serebral ini menunjukkan beberapa kelainan otak, baik secara fungsional atau struktural, yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2014).

2.1.2 Etiologi

Penyebab stroke dapat dibagi tiga menurut Wijaya & Putri (2013), yakni :

1. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang paling umum dari stroke. Trombosis ditemukan sebanyak 40% dari banyaknya kasus stroke, hal ini sudah dibuktikan oleh ahli patologi. Pada kasus ini biasanya berkaitan dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis.

2. Emboli serebri

Emboli serebri menempati urutan ke dua penyebab utama terjadinya stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu trombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya adalah penyakit jantung.

3. Hemoragik

Perdarahan intraserebral termasuk perdarahan dalam subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini bisa terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan darah merembes ke dalam pemisahan jaringan otak yang dapat mengakibatkan penekanan dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga terjadi infark otak, edema dan kemungkinan herniasi otak.

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi stroke menurut Haryono & Utami (2019), yaitu:

1. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pecahnya pembuluh darah di otak. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi

biasanya saat melakukan aktivitas atau juga dapat terjadi saat istirahat. Biasanya tingkat kesadaran pasien menurun. Jenis stroke hemoragik dibagi menjadi dua :

a. Perdarahan Intracerebral

Dalam perdarahan intra serebral, pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak disekitarnya, sehingga menyebabkan kerusakan sel otak. Penyebab utamanya adalah hipertensi, trauma, malformasi vaskular, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan intracerebral.

b. Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat yang mengalami pembengkakan arteri. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah.

2. Stroke Iskemik

Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak berkurang. Biasanya terjadi saat istirahat, baru bangun tidur di pagi hari. Menurut perjalanan penyakitnya, dapat dibedakan menjadi :

a. TIA (*Transient Ischemic Attack*)

Gangguan neurologis lokal yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang muncul akan

hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

b. Stroke involusi

Stroke yang berkembang perlahan-lahan sampai alur munculnya gejala makin lama semakin buruk, proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

c. Stroke komplit

Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan namanya, stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang (Andra & Yessie, 2013).

2.1.4 Faktor Resiko Stroke

Faktor resiko stroke menurut Haryono & Utami (2019)

meliputi:

1. Faktor resiko gaya hidup

a. Kelebihan berat badan atau obesitas

Pada orang yang mengalami obesitas terjadi gangguan pembuluh darah, keadaan ini berkontribusi pada stroke.

b. Alkohol

Pada peminum alkohol dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

c. Merokok

Pada perokok akan terjadi penimbunan lemak pada dinding arteri koroner. Pembuluh darah nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

d. Penggunaan obat – obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin.

2. Faktor resiko medis

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko yang utama. Hipertensi dapat disebabkan arteriosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah sehingga menimbulkan pendarahan.

b. Diabetes Mellitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

c. Kolesterol tinggi

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

d. Penyakit Kardiovaskuler

Misalnya embolisme serebral berasal dari hipertrofi jantung ventrikel kiri seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO₂, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

e. Riwayat keluarga yang terkena stroke

Adanya keturunan keluarga yang pernah menderita penyakit stroke.

3. Faktor lain yang terkait dengan resiko stroke, termasuk :

a. Usia

Orang yang berusia 55 tahun atau lebih memiliki resiko stroke yang lebih tinggi seiring bertambahnya usia dikarenakan mengalaminya degeneratif organ – organ dalam tubuh.

b. Ras

Orang Afrika – Amerika memiliki resiko stroke yang lebih tinggi daripada orang – orang ras lain.

c. Jenis kelamin

Pria memiliki resiko stroke yang lebih tinggi daripada wanita.

Wanita biasanya lebih tua ketika mereka mengalami stroke.

2.1.5 Manifestasi Klinis Stroke

Manifestasi klinis stroke menurut Haryono & Utami (2019)

meliputi :

1. Gangguan bicara

Pasien stroke biasanya mengalami kesulitan untuk mengucapkan kata - kata dan kesulitan memahami ucapan.

2. Kelumpuhan atau kelemahan anggota gerak

Kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan, atau kaki. Pada pasien stroke biasanya mengalami mati rasa tiba – tiba, kelemahan atau kelumpuhan diwajah, lengan atau kaki. Biasanya terjadi di satu sisi bagian tubuh.

3. Gangguan penglihatan

Kesulitan melihat dalam satu atau kedua mata. Penderita stroke akan mengalami gangguan penglihatan, seperti pandangan kabur atau hitam di satu atau kedua mata.

4. Nyeri kepala

Nyeri kepala yang tiba – tiba dan parah, yang mungkin disertai muntah, pusing, atau penurunan kesadaran, kemungkinan menunjukkan seseorang mengalami gejala stroke.

5. Kesulitan berjalan

Penderita stroke kemungkinan tersandung atau mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan, atau kehilangan koordinasi.

2.1.6 Patofisiologis

Otak sangat tergantung pada oksigen dan otak tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke otak terhambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Jika kekurangan oksigen dalam waktu lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat dari bekuan darah, udara, plaque, ateroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemoragik maka faktor pencetusnya adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan hemoragik.

Pada stroke trombosis otak akan mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama hingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan darah intrakranial dan kematian pada area yang luas. Prognosis tergantung pada daerah otak dan luasnya yang terkena.

Gangguan aliran darah ke otak dapat terjadi dimana saja didalam arteri dan membentuk sirkulasi arteri karotis interna dan sistem vertebrobasilar dan semua cabang – cabangnya. Jika aliran

darah ke otak terputus selama 10 sampai 20 menit maka akan terjadi kematian jaringan. Oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark didaerah otak yang di perdarahi oleh arteri tersebut (Masriadi, 2016).

Kondisi ini terjadi karena terdapat sirkulasi kolateral yang memadai daerah tersebut. Proses patologik yang mendasari mungkin dari berbagai proses yang terjadi didalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa :

1. Keadaan penyakit dalam pembuluh darah itu sendiri, seperti arterosklerosis dan trombosis robeknya dinding pembuluh darah atau peradangan.
2. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium.
3. Ruptur vaskular didalam jaringan atau ruang subarahnoid.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Haryono & Utami (2019) untuk menentukan perawatan yang paling tepat untuk pasien stroke, serta evaluasi jenis stroke yang dialami pasien dimana area otak yang terkena, maka harus dilakukan pemeriksaan diantaranya :

1. Tes Darah

Pasien harus mengalami serangkaian tes darah agar dapat diketahui seberapa cepat gumpalan darah berkembang, untuk mengetahui gula darah tinggi atau rendah secara abnormal, untuk

mengetahui zat kimia darah yang tidak seimbang, dan juga untuk mengetahui apakah pasien infeksi atau tidak.

2. CT Scan

Pemeriksaan ini digunakan untuk membedakan infark dengan perdarahan.

3. Scan Resonansi Magnetik (MRI)

MRI digunakan untuk mendeteksi jaringan otak yang rusak oleh stroke iskemik dan perdarahan otak.

4. USG Karotis

Tes ini untuk menunjukkan penumpukan deposit lemak (plak) dan aliran darah diarteri karotid.

5. Angiogram Serebral

Pemeriksaan ini membantu untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik antara lain perdarahan, obstruksi arteri, dan ruptur.

6. Ekokardiografi

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut Wijaya & Putri (2013), meliputi :

1. Penatalaksanaan umum

- a. Posisi kepala dan badan atas 20 – 30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
 - b. Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1 – 2 liter/menit bila ada hasil gas darah.
 - c. Kandung kemih yang perlu dikosongkan dengan kateter.
 - d. Kontrol tekanan darah, dipertahankan normal.
 - e. Suhu tubuh harus dipertahankan.
 - f. Nutrisi per oral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan menggunakan NGT.
 - g. Mobilisasi dari rehabilitas dini jika tidak ada kontraindikasi.
2. Penatalaksanaan medis
 - a. Trombolitik (streptokinase).
 - b. Anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiridamol).
 - c. Antikoagulan (heparin).
 - d. Hemorrhagea (pentoxifylin).
 - e. Antagonis serotonin (noftidrofuryl).
 - f. Antagonis calcium (nemodipin, piracetam).
3. Penatalaksanaan Khusus/komplikasi
 - a. Atasi kejang (antikovulan).
 - b. Atasi intrakranial yang meninggi (manitol, gliserol, furosemid, intubasi, steroid).

- c. Atasi dekompresi (kranionomi).
- d. Untuk penatalaksanaan faktor resiko :
 - 1) Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - 2) Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - 3) Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)

2.1.9 Komplikasi

Menurut Susilo (2019) terdapat komplikasi dari penyakit stroke antara lain :

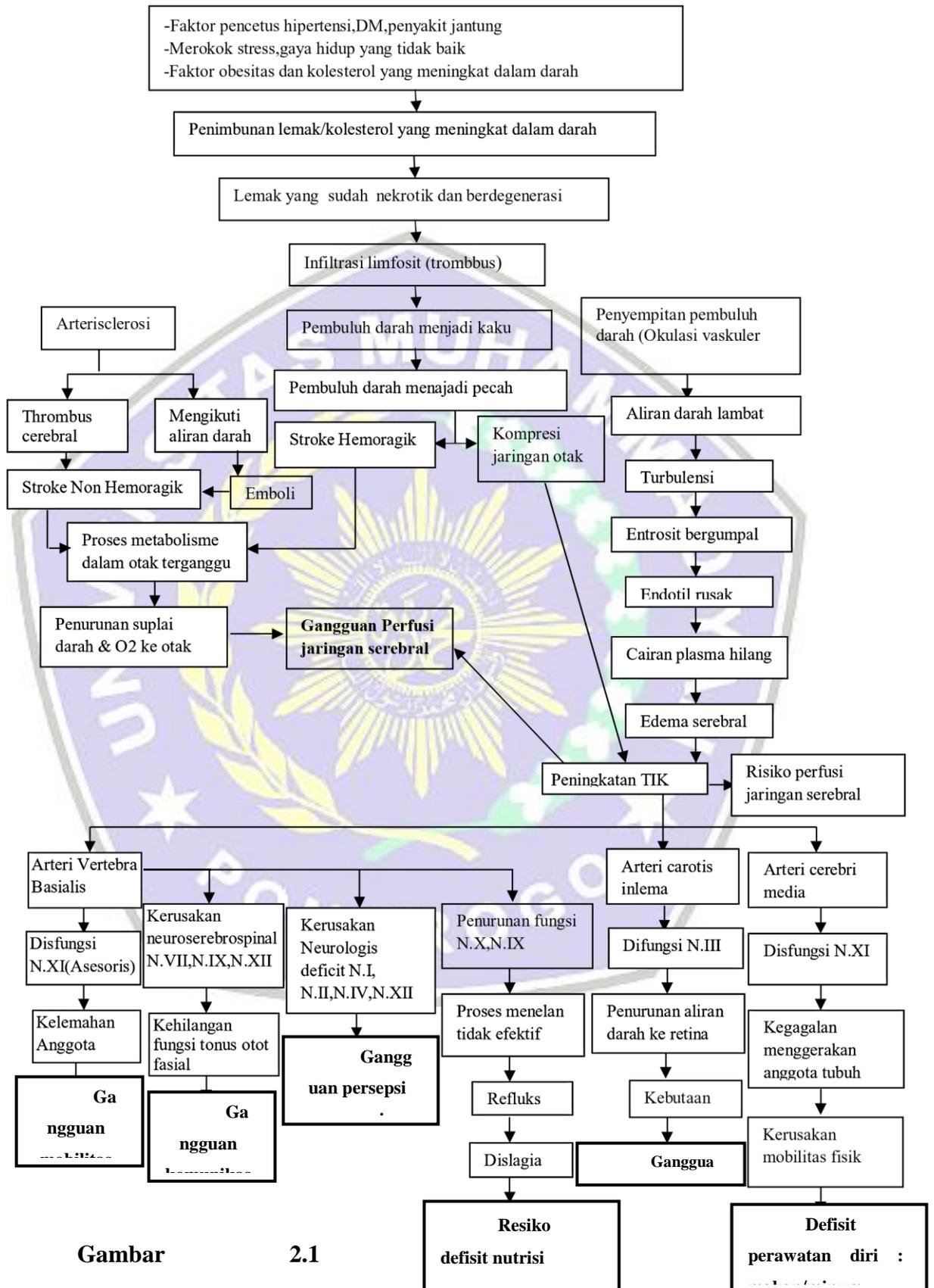
1. Pneumonia
2. Infeksi saluran kencing
3. Malnutrisi
4. Dekubitus
5. Infark miokard, aritmia jantung dan gagal jantung
6. Penekanan intrakranial

2.1.10 Prognosis

Menurut Masriadi (2016) stroke dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

1. Tingkat kesadaran : sadar 16% meninggal, samnoen 39% meninggal, stupor 71% meninggal, bila koma 100%.
2. Usia : angka kematian meningkat tajam usia 70 tahun atau lebih.
3. Jenis kelamin : laki – laki lebih banyak 16% yang meninggal daripada perempuan 39%.
4. Tekanan darah : tekanan darah tinggi prognosis jelek.
5. Lain – lain : cepat dan tepatnya pertolongan.

2.1.11 Pathway



Gambar 2.1

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan dan eliminasi (Nur Wakhidah, 2015).

2.2.2 Etiologi Defisit Perawatan Diri

Kurangnya perawatan diri pada pasien stroke yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan dirinya, makan secara mandiri, dan toileting secara mandiri (Purba, 2011).

Penyebab kurang perawatan diri adalah kelelahan fisik dan penurunan kesadaran. Ada beberapa dampak yang sering timbul pada masalah defisit perawatan diri, antara lain :

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan diri dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa, infeksi pada mata dan telinga.

2. Gangguan psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan defisit perawatan diri adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

2.2.3 Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Menurut Purba (2011) untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah kurang perawatan diri bisa dilihat dari tanda dan gejala sebagai berikut :

1. Defisit perawatan diri mandi : Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan berbau, kuku panjang dan kotor.
2. Defisit perawatan diri berhias/berdandan : Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak – acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pada pasien laki – laki tidak bercukur dan pada pasien wanita tidak berdandan.
3. Defisit perawatan diri makan/minum : Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makanan sendiri, makan berceceran dan makan tidak pada tempatnya.
4. Defisit perawatan diri toileting : Ketidakmampuan BAK/BAB secara mandiri ditandai dengan BAB/BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAK/BAB.

2.2.4 Klasifikasi Defisit Perawatan Diri

Klasifikasi defisit perawatan diri menurut Nanda (Herdman, 2015) :

1. Defisit perawatan diri mandi adalah ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri.

2. Defisit perawatan diri berpakaian adalah ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian secara mandiri.
3. Defisit perawatan diri makan adalah ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan secara mandiri.
4. Defisit perawatan diri eliminasi adalah ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi secara mandiri.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

- a. Pasien meliputi nama, umur(kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis.
- b. Penanggungjawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita untuk pemeriksaan diri. Pada penderita stroke keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kelemahan reflek, kejang, mual

muntah, hipertensi, gangguan kesadaran (Rosjidi & Nurhidayat, 2014).

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang adalah perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini. Biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, kelemahan pada anggota gerak, pelo atau bahkan tidak dapat berbicara.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu adalah keluhan apakah dulu pasien pernah mengalami penyakit sebelumnya. Menanyakan apakah pasien mempunyai riwayat hipertensi, DM, penyakit jantung, penggunaan kontrasepsi oral (Kandou Manado, 2013).

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga adalah penyakit yang disebabkan oleh keturunan atau gen. Seperti hipertensi, DM atau penyakit jantung.

3. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola nutrisi cairan dan metabolisme

Pada pasien stroke terkadang mengalami mual dan muntah, kesulitan menelan, nafsu makan menurun pada fase akut.

b. Pola istirahat dan tidur

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat dan juga sulit tidur karena kejang otot/ nyeri otot.

c. Pola aktivitas

Pada pasien stroke terkadang mengalami/merasa lemas, pusing, kelelahan, kelemahan otot dan kesadaran menurun.

d. Pola eliminasi

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

e. Pola seksualitas/reproduksi

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

4. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran

Umumnya pasien penderita stroke mengalami penurunan kesadaran. Tingkat kesadaran pasien adalah samnolen dengan GCS 10 – 12 pada awal terserang stroke (Tarwoto, 2013).

b. Tanda – Tanda Vital

1) Tekanan darah pada pasien stroke yang memiliki riwayat hipertensi yaitu *sistole*>140 dan *diastole*>80.

2) Nadi biasanya normal.

3) Pernafasan, pasien stroke biasanya mengalami gangguan pada bersihan jalan nafas.

4) Suhu pada pasien stroke biasanya normal.

c. Rambut

Pada pasien stroke biasanya kebersihan kulit kepala tidak terawat, ketombe dan penyebaran rambut tidak rata.

d. Wajah

Pada penderita stroke wajah akan mengalami nyeri satu sisi, wajah terlihat miring dan pucat.

e. Mata

Biasanya pada pasien stroke konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak terdapat edema.

f. Hidung

Pada pasien stroke biasanya hidung simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen dan tidak ada pernafasan cuping hidung.

g. Mulut dan faring

Pasien stroke biasanya mengalami masalah pada bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering dan peradangan pada gusi.

h. Telinga

Pada pasien stroke biasanya bentuk daun telinga simetris dan sejajar, pendengaran berkurang.

i. Leher

Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan menelan dan kaji apakah ada pembesaran tiroid ada atau tidak.

j. Thorak

1) Paru – paru

Inspeksi : biasanya simetris kanan dan kiri

Palpasi : biasanya *vocal fremitus* kanan dan kiri

Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor)

Auskultasi : biasanya suara nafas ronchi

2) Jantung

Inspeksi : biasanya *ictus cordis* tidak terlihat

Palpasi : biasanya *ictus cordis* teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

k. Abdomen

Inspeksi : biasanya bentuk simetris

Auskultasi : penurunan peristaltik usus akibat bed rest yang lama, terkadang perut terasa kembung

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

l. Ekstremitas

Pada pasien stroke biasanya sering mengalami kelumpuhan salah satu sisi anggota tubuh.

m. Neurologis

1) Nervus I (*Olfactorius*)

Biasanya pada pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

2) Nervus II (*Optikus*)

Biasanya pasien tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaiannya.

3) Nervus III (*Okulomotorius*)

Gerakan mata, konstriksi pupil akomodasi.

4) Nervus IV (*Toklearis*)

Biasanya pasien dapat melihat mengikuti arah tangan perawat.

5) Nervus V (*Trigeminus*)

Biasanya pasien dapat menyebut lokasi rangsangan nyeri.

6) Nervus VI (*Abdusen*)

Biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

7) Nervus VII (*Facialis*)

Pada pasien stroke saat menggembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung lokasi kelemahan

8) Nervus VIII (*Auditori*)

Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.

9) Nervus IX (*Glosfaringeus*)

Pada pasien stroke biasanya uvula terangkat simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah.

10) Nervus X (*Vagus*)

Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan menelan.

11) Nervus XI (*Assesorius*)

Pada pasien stroke biasanya tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu.

12) Nervus XII (*Hipoglossus*)

Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan dari masalah pasien yang nyata ataupun potensial dan membutuhkan tindakan keperawatan sehingga masalah pasien dapat ditanggulangi atau dikurangi (Sya'diyah, 2018). Dalam karya ilmiah ini penulis mengambil masalah keperawatan yaitu defisit perawatan diri : makan/minum berhubungan dengan kelemahan fisik. Defisit perawatan diri makan adalah ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan secara mandiri. Penyebab dari defisit perawatan diri : makan/minum adalah kelemahan fisik yang disebabkan oleh melemahnya kekuatan otot. Tanda dan gejala mayor yang biasanya muncul adalah menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu makan/minum secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang (SDKI, 2018).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan defisit perawatan diri : makan / minum

Tabel 2.1 : Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Defisit perawatan diri : makan/minum berhubungan dengan kelemahan fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan kemampuan melakukan aktivitas perawatan diri : makan/minum meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan makan meningkat 2. Minat melakukan perawatan diri meningkat 3. Verbalisasi melakukan perawatan diri meningkat 	Intervensi Utama : Dukungan Perawatan diri : Makan/minum <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan menelan 2. Identifikasi diet yang dianjurkan <i>Terapeutik</i> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menyiapkan lingkungan yang menyenangkan selama makan 4. Lakukan oral hygiene, <i>bila perlu</i> 5. Atur posisi nyaman saat makan/minum 6. Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian 7. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 8. Sediakan peralatan makan/minum yang dibutuhkan <i>Edukasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 9. Jelaskan pentingnya perawatan diri : makan/minum <i>Kolaborasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian obat analgesik sesuai indikasi Intervensi Pendukung : Pemberian Makanan <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi makanan yang diprogramkan 2. Identifikasi kemampuan menelan 3. Periksa mulut untuk residu pada akhir makan

2.2.4 I

m

p

l

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan atau perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Wahyuni, 2016). Adapun tahap – tahap dalam tindakan keperawatan, meliputi :

1. Tahap 1 : Persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini perawat mengevaluasi hasil identifikasi pada tahap perencanaan.

2. Tahap 2 : Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional.

Pendekatan tindakan perawatan meliputi : independen, dependen dan interdependen.

3. Tahap 3 : Dokumentasi

Terapeutik

4. Lakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan
5. Sediakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
6. Berikan posisi duduk semi fowler saat makan
7. Sediakan peralatan makan yang dibutuhkan

Edukasi

8. Anjurkan keluarga memberi bantuan saat makan

Kolaborasi

9. Kolaborasi pemberian analgesik

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

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Wahyuni, 2016).

Jenis evaluasi yang digunakan adalah evaluasi berjalan/formatif dengan memakai format SOAP yaitu :

1. S : Data Subyektif

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

2. O : Data Obyektif

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

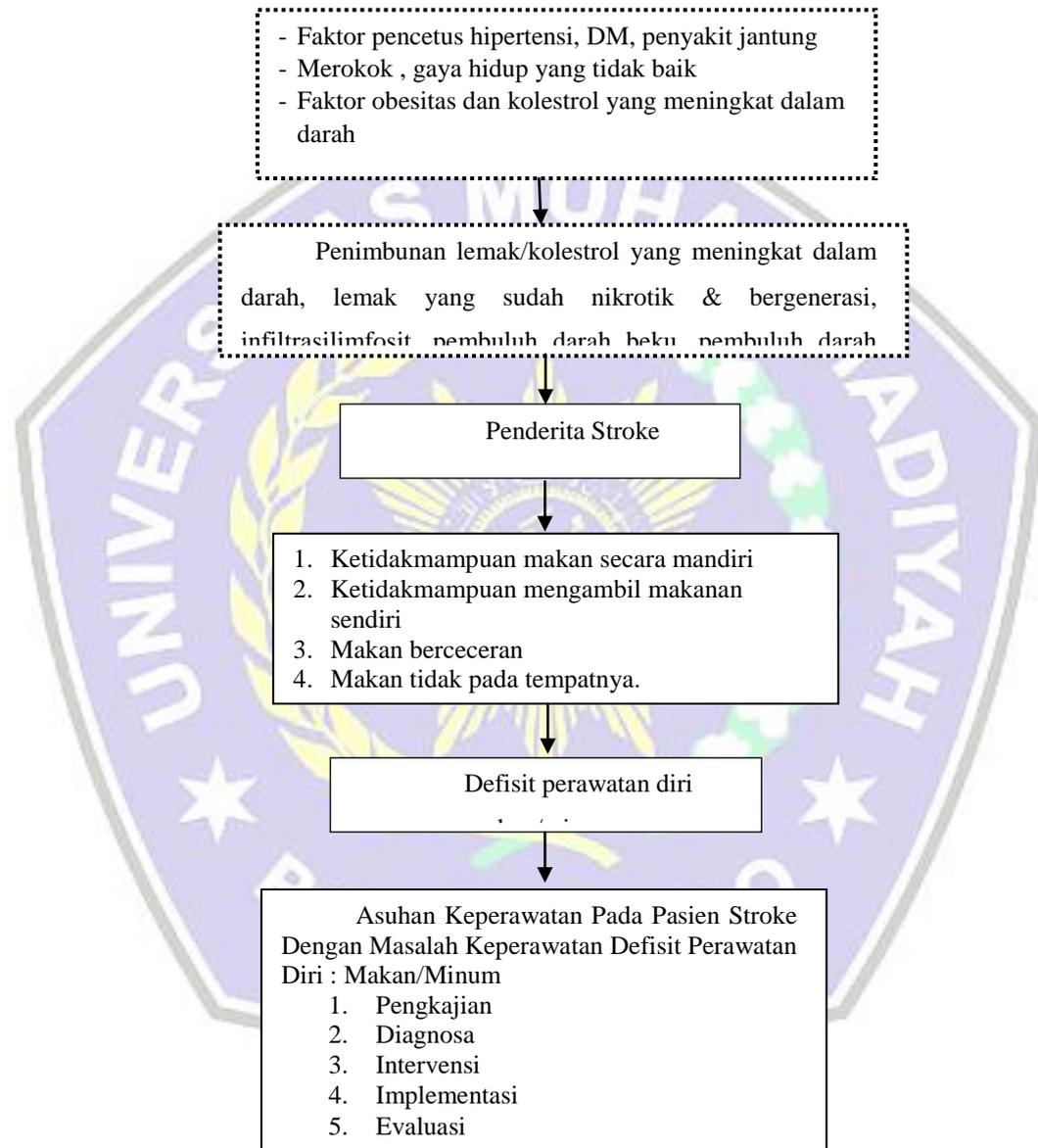
3. A : Analisis

Adalah penelitian dari kedua jenis data (baik subyektif maupun obyektif) apakah berkembang ke arah perbaikan atau kemunduran.

4. P : Perencanaan

Adalah rencana penanganan pasien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

2.4 Hubungan Antar Konsep



Keterangan :

: Konsep yang utama ditelaah

: Tidak ditelaah dengan baik

————— : Berhubungan
—————> : Berpengaruh

Gambar 2.2 : Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri : Makan/Minum

