

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik adalah tidak berfungsinya neurologis fokal yang mendadak dan di karenakan adanya perdarahan primer yang terjadi secara spontan, disebabkan karena pecahnya pembuluh darah di otak (Purwanto, 2016).

Stroke hemoragik adalah stroke yang dikarenakan bocor atau pecahnya pembuluh darah di otak. Ada beberapa kondisi penyebab pembuluh darah di otak pecah dan mengalami perdarahan antara lain Hipertensi, aneurisma, pengencer darah (Haryono Rudi, 2019).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Stroke Hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh karena pecahnya pembuluh darah pada otak. Perdarahan di dalam otak dapat mengganggu jaringan otak, sehingga menyebabkan pembengkakan, mengumpul menjadi massa yang disebut hematoma.

2.1.2 Etiologi Stroke Hemoragik

Menurut Haryono Rudi (2019) Stroke hemoragik dikarenakan adanya kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di otak. Ada beberapa kondisi penyebab pembuluh darah di otak pecah dan mengalami perdarahan :

1. Hipertensi/ tekanan darah yang terlalu tinggi dan tidak terkontrol.
2. Aneurisma/ dinding pembuluh darah yang melemah.
3. Pengencer darah/ *Overtreatmen* dengan antikoagulan.

2.1.3 Faktor Risiko Stroke

Menurut Haryono Rudi (2019) ada banyak faktor yang bisa meningkatkan risiko stroke. Beberapa faktor tersebut meliputi :

1. Faktor risiko gaya hidup : Obesitas, mengkonsumsi alkohol, menggunakan obat terlarang seperti metamfetamin dan kokain, kurang olahraga atau tidak aktif fisik dan merokok.
2. Faktor risiko medis : Hipertensi, Diabetes, penyakit kardiovaskular, dan kolesterol tinggi.
3. Faktor lain yang berisiko stroke : Usia, Ras, jenis kelamin, dan Hormon.

2.1.4 Klasifikasi Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik yaitu tidak berfungsi secara normal neurologis fokal yang mendadak dan di karenakan adanya perdarahan primer yang terjadi secara spontan, disebabkan karena pecahnya pembuluh darah arteri di. Terdapat dua perdarahan pada otak (Purwanto, 2016) yaitu :

1. Perdarahan Intraserebral

Terjadi karena pecahnya pembuluh darah yang disebabkan terutama karena tekanan darah tinggi yang mengakibatkan darah menyebar dan masuk ke dalam sel otak, yang akan membentuk massa sehingga menekan jaringan otak dan mengakibatkan terjadinya edema pada otak.

2. Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan Subaraknoid adalah masuknya darah ke ruang subaraknoid baik dari tempat lain (sekunder) maupun dari ruang subaraknoid sendiri (primer). Biasa dikarenakan oleh kelainan arteri pada dasar otak atau aneurisme serebral (Haryono Rudi, 2019).

Tabel 2.1 : Perbedaan Perdarahan Intraserebri dan Perdarahan Subaraknoid.

Gejala	PIS	PSA
Timbulnya	Dalam 1 jam	1-2 menit
Nyeri Kepala	Hebat	Sangat hebat
Kesadaran	Menurun	Menurun sementara
Kejang	Umum	Sering fokal
Tanda rangsangan meningeal	+/-	+++
Hemiparese	++	+/-
Gangguan saraf otak	+	+++

Sumber : Purwanto, 2016

2.1.5 Manifestasi Klinis Stroke Hemoragik

Gejala Stroke Hemoragik muncul tiba-tiba tanpa peringatan, dan sering selama aktivitas, sering muncul, menghilang, atau perlahan-lahan menjadi lebih buruk dari waktu ke waktu. Gejala Stroke hemoragik (Manjoer dalam Tembaru, 2018) :

1. Intraserebral hemoragik :Nyeri kepala yang hebat, sering terjadi pada siang hari, timbul mendadak setelah melakukan aktivitas dan emosi, pada awal permulaan serangan sering terjadi mual dan muntah, pusing, , hemiparesis, kesadaran menurun dan cepat terjadi koma (sekitar 65%

terjadi kurang dari ½ jam, 23% terjadi antara ½ s.d 2 jam, bisa sampai 19 hari).

2. Subarakhnoid hemoragik : Nyeri kepala hebat dan akut, Kesadaran terganggu dan bervariasi, terjadi gejala atau tanda rangsangan meningeal, akan terjadi edema pada papil jika terdapat perdarahan subhialoid karena aneurisma yang terdapat di arteri karotis interna atau arteri komunikans anterior pecah. Gejala neurologis tergantung pada seberapa parahnya kerusakan pembuluh darah dan lokasinya.

Manifestasi stroke bisa terjadi :

1. Perubahan status mental secara mendadak.
2. Gangguan sensibilitas pada anggota badan.
3. Afasia.
4. Kelumpuhan anggota badan dan wajah.
5. Nyeri kepala, mual dan muntah.

2.1.6 Patofisiologi Stroke Hemoragik

Menurut Haryono Rudi (2019) Patofisiologi penyakit stroke yang utama yaitu penyakit jantung maupun pembuluh darah yang mendasari. Patologi yang termasuk utama yaitu hipertensi, penyakit jantung, arterosklerosis, dislipidemia, dan hiperlipemia. Peningkatan tekanan darah merupakan faktor prediposisi yang sering muncul pada stroke hemoragik sehingga menyebabkan kerusakan vaskuler atau perubahan struktur pada pembuluh darah. Perubahan struktur meliputi lapisan adventisia dan lapisan elastik eksternal menjadikan pembuluh darah mengalami penipisan. Peningkatan tekanan darah bila terjadi secara mendadak maka bisa menyebabkan pembuluh darah pecah.

Stroke hemoragik terjadi karena pembuluh darah yang pecah dan bisa menyebar ke parenkim otak diakibatkan oleh nontraumatis. Pembuluh darah yang melemah sering terjadi perdarahan. Aneurisme dan malaformasi arteriovenous (AVM) merupakan penyebab melemahnya pembuluh darah yang sering pada penderita stroke. Menyebarnya darah ke parenkim otak bisa merusak jaringan di sekitar akibat perluasan hematoma (Haryono Rudi, 2019).

Perdarahan intrakranial umumnya biasa terjadi karena robeknya arteri serebri. Ekstravasasi darah di daerah otak akan menyebabkan jaringan di sekitarnya tertekan dan tergeser. Darah akan menyebabkan iritasi pada jaringan otak, sehingga arteri di sekitar perdarahan terjadi vasospasme. Spasme dapat menyebar ke hemisfer otak dan sirkulus willis. Bekuan darah yang awalnya lunak akhirnya akan mengecil dan larut. Daerah yang berada disekitar bekuan darah akan mengalami nekrosis dan membengkak, karena kerja enzim-enzim maka membuat darah yang membeku akan mencair, sehingga membentuk rongga. Setelah beberapa bulan semua jaringan nekrotik diganti oleh astrosit dan kapiler-kapiler baru sehingga akan terbentuk jalinan disekitar rongga tersebut. Pada akhirnya astroglia yang mengalami proliferasi akan mengisi rongga-rongga tersebut (Sylvia & Lorraine 2012). Perdarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral, timbulnya vasospasme terjadi karena interaksi antara bahan-bahan darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinal dengan pembuluh arteri di ruang subaraknoid yang dapat mengakibatkan disfungsi otak global seperti penurunan kesadaran sering dikaitkan dengan pecahnya aneurisma. Kebanyakan aneurisma mengenai sirkulus wilisi.

2.1.7 Komplikasi Stroke Hemoragik

Komplikasi yang dapat terjadi menurut Haryono Rudi (2019) antara lain :

1. Kelumpuhan atau hilangnya gerakan otot

Pada penderita stroke bisa mengalami lumpuh, biasa terjadi di sebagian tubuh seperti wajah atau bagian tubuh lain.

2. Gangguan dalam proses berfikir dan mengingat

Penderita stroke banyak yang mengalami gangguan dalam mengingat.

Selain itu juga penderita stroke kesulitan untuk berfikir

3. Kesulitan berbicara dan menelan

Pada penderita stroke bisa mengalami kesulitan menelan maupun berbicara karena stroke akan mempengaruhi otot-otot pada tenggorokan dan mulut.

4. Dekubitus, gangguan respirasi, hipertensi (Purwanto, 2016)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik yang perlu di lakukan untuk menegakkan diagnose stroke adalah (Purwanto, 2016):

1. CT Scan

Pemeriksaan ini memperlihatkan letak edema secara spesifik, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan umumnya akan di dapatkan hiperdens fokal, terkadang masuk ke ventrikel, atau bisa menyebar pada permukaan otak.

2. MRI

MRI (*Magnetic Imaging Resonance*) untuk menentukan besar/luas dan posisi terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

3. Angiografi Serebri

Pada pemeriksaan angiografi serebri terdapat perdarahan arteriovena atau adanya ruptur untuk menemukan penyebab stroke.

4. USG Doppler

Pemeriksaan ini untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis). Adanya hambatan aliran atau gumpalan pada pembuluh darah.

5. EEG

Pemeriksaan ini untuk mengetahui masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang mengalami infark sehingga impuls listrik dalam jaringan otak menurun.

6. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan kimia darah pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia, gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur – angsur turun kembali.

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Perawatan pada pasien stroke hemoragik menurut Haryono Rudi (2019) berfokus pada meminimalisir tekanan di otak dan pengelolaan pendarahan.

Beberapa tindakan perawatan meliputi :

1. Tindakan Darurat

Pasien yang mengkonsumsi obat anti-platelet (plavix, clopidogrel) atau warferin (coumadin, jantoven) yang bertujuan untuk mencegah pembekuan darah sebaiknya melakukan transfusi prodak darah atau obat untuk melawan efek pengencer darah. Selain itu, penderita stroke diberikan obat untuk menurunkan tekanan darah, menurunkan tekanan di otak (tekanan intrakranial), dan mencegah vasospasme atau kejang. Sesudah perdarahan di otak berhenti, perawatan medis diperlukan untuk membantu tubuh menyerap darah. Dokter akan melakukan operasi bila area perdarahan besar, ini diperlukan agar tekanan darah di otak berkurang dan memungkinkan bisa hilang.

2. Operasi Perbaikan Pembuluh Darah

Pembedahan dilakukan untuk perbaikan kelainan pembuluh darah yang berkaitan dengan terjadinya stroke hemoragik.

a. Surgical Clipping

Prosedur untuk menutup aneurisma, Untuk mengakses aneurisma penyebab stroke dokter bedah akan menghilangkan suatu bagian dari tengkorak. Selanjutnya, aliran darah yang masuk akan di hentikan dengan menaruh kriptogram kecil di leher.

b. Coiling (embolisasi endovaskular)

Arteri akan di masuki kateter di pangkal pada menuju ke otak dengan menggunakan *X-ray*. Aneurisma akan dimasuki kumparan kawat (koil) yang kecil dan tipis (*aneurysm coiling*). Aneurisma yang

membuat darah menggumpal dan menghalangi aliran darah akan di masuki koil tersebut.

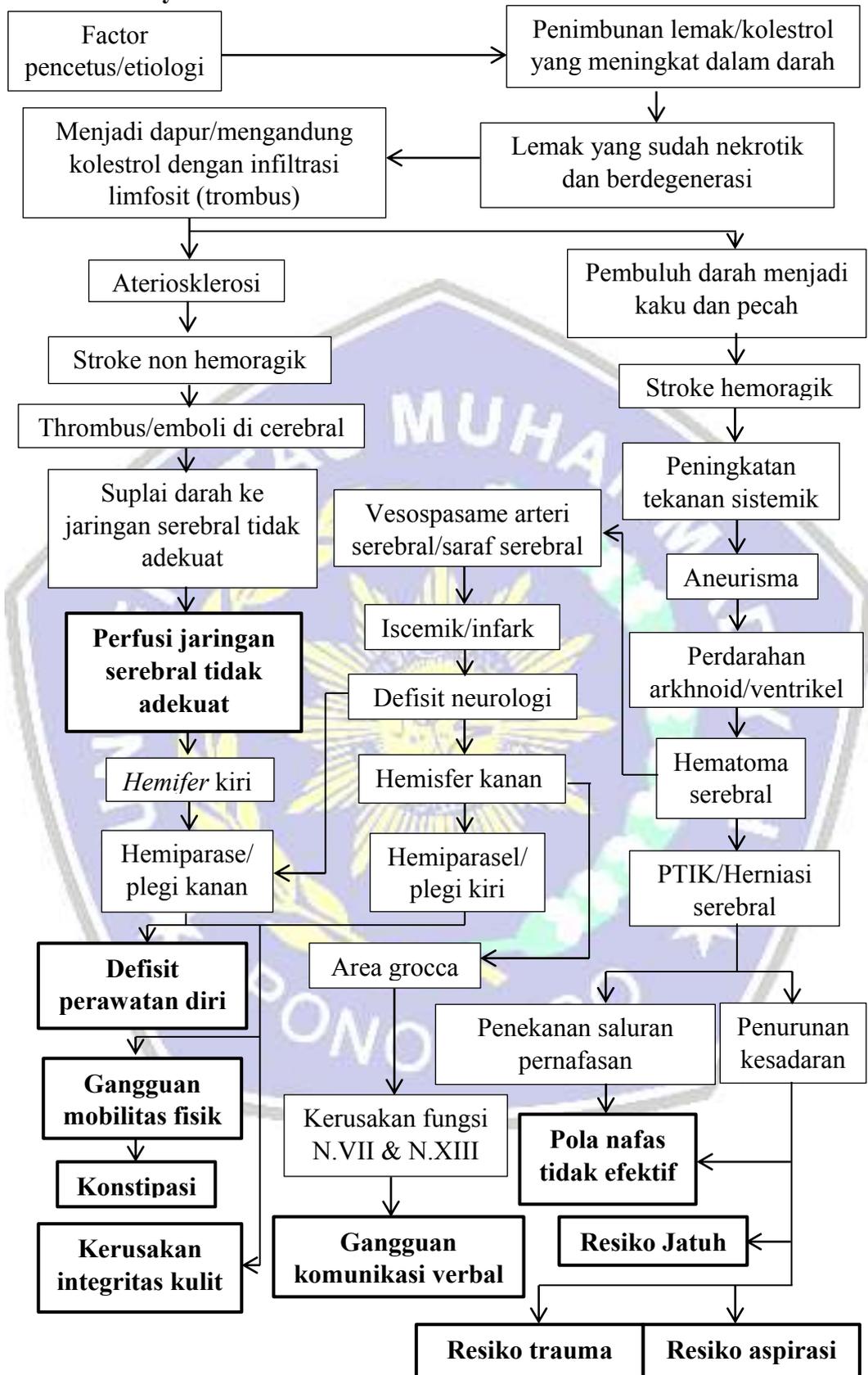
2.1.10 Pencegahan Stroke

Terdapat beberapa cara untuk mencegah terjadinya stroke menurut Purwanto (2016) meliputi :

1. Menjaga berat badan ideal (cegah obesitas)
2. Hindari alkohol dan rokok
3. Mengontrol tekanan darah
4. Olahraga secara teratur
5. Konsumsi makanan yang bergizi dan batasi makanan yang berlemak



2.1.11 Pathway



Gambar 2.1 : Pathway stroke (Nanda dalam Tellu, 2019)

2.2 Konsep Dasar Risiko Aspirasi

2.2.1 Pengertian Risiko Aspirasi

Risiko Aspirasi adalah terjadi karena mengalami penurunan kesadaran, sehingga menyebabkan refleks menelan berkurang dan terkadang bersamaan dengan muntah (Tabrani, 2012).

Risiko Aspirasi adalah dimana resiko masuknya sekret, zat cair, atau padat ke dalam saluran *trakheobronkial*, yang bisa mengganggu kesehatan (Herdman, 2015).

Resiko Aspirasi adalah beresiko masuknya sekresi orofaring, benda cair atau padat, dan sekresi gastrointestinal ke saluran trakeobronkial dikarenakan disfungsi protektif saluran pernapasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2.2.2 Faktor Risiko Aspirasi

Faktor Risiko Aspirasi menurut Herdman (2015) adalah:

1. Penurunan reflek muntah
2. Gangguan menelan
3. Peningkatan residu lambung
4. Penurunan tingkat kesadaran
5. Pemberian makan lewat selang
6. Selang gastrointestinal

2.2.3 Penyebab Terjadinya Aspirasi

Menurut Smith (2011) Aspirasi atau tersedak bisa terjadi jika terdapat sesuatu, benda padat atau cair yang masuk atau menghalangi jalan pernafasan pada pasien yang mengalami gangguan menelan maupun gangguan kesadaran.

Terdapat beberapa hal yang bisa menyebabkan aspirasi :

1. Gangguan kesadaran
Dapat terjadi akibat minuman keras atau penyalahgunaan obat terlarang, stroke, kejang, cedera kepala, menggunakan bius.
2. Gangguan menelan, dapat terjadi akibat :
 - a. Kelainan pada kerongkongan dan tenggorokan.
 - b. Kelainan saraf, seperti *multiple sclerosis* atau *myasthenia gravis*
3. Kondisi lainnya, seperti penyakit paru obstruktif kronis, terlalu lama berbaring, penggunaan selang NGT, dan meningkatnya usia.

2.2.4 Pencegahan Risiko Aspirasi

Pencegahan Risiko Aspirasi menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) adalah sebagai berikut:

1. Monitor tingkat kesadaran, reflek batuk, reflek muntah, dan kemampuan menelan
2. Monitor status pernafasan
3. Lakukan suction dengan ekstra hati-hati jangan lebih dari 10-15 detik , catat warna dan kekeruhan dari sekret.
4. Pertahankan posisi semi Fowler 30-45 derajat pada pasien tidak sadar
5. Periksa posisi NGT sebelum pemberian makan.
6. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral

7. Pertahankan posisi pasien semi Fowler 30-45 derajat selama 30 menit sebelum memberi asupan oral
8. Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak
9. Lakukan oral hygiene 2-4 kali sehari

2.2.5 Kondisi Klinis Terkait Risiko Aspirasi

Ada beberapa kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya resiko aspirasi antara lain (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) :

1. Cedera Kepala
2. Stroke
3. Cedera medula spinalis
4. Penyakit Parkinson
5. Keracunan obat dan alkohol
6. Pembesaran uterus

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dan landasan proses keperawatan untuk mengetahui masalah yang dialami klien, supaya dapat memberi tindakan keperawatan yang sesuai (Judha, 2011).

Pengkajian adalah langkah yang paling penting dan utama dalam proses keperawatan. Bila pengkajian tidak dilakukan dengan baik atau kehilangan kontrol maka perawat akan kesulitan untuk melakukan proses keperawatan selanjutnya. Tanpa adanya pengkajian maka tidak adanya diagnosa keperawatan dan jika tidak ada diagnosa keperawatan, tidak ada tindakan keperawatan

mandiri. Perawat harus melakukan pengkajian karena untuk mendiagnosis masalah keperawatan yang akurat dan menentukan/memberikan perawatan yang efektif (Herdman, 2015).

Tahapan pengkajian meliputi (Purwanto, 2016) :

1. Identitas klien/umum

Meliputi nama, Umur (masalah disfungsi neurologis sering terjadi pada usia tua atau di atas 55 thn), jenis kelamin (penderita laki-laki lebih banyak terserang stroke dibandingkan perempuan dengan profil usia <45 tahun sebesar 11,8%, usia 45-64 tahun sebesar 54,2%, dan usia > 65 tahun sebesar 33,5%), pendidikan, suku bangsa.

2. Keluhan utama

Pada penderita stroke hemoragik dengan masalah keperawatan risiko aspirasi biasanya terjadi gangguan menelan atau penurunan kesadaran.

3. Data riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke terjadi secara mendadak, bisa terjadi saat klien sedang istirahat maupun melakukan aktivitas. Biasanya mengalami nyeri kepala, bicara pelo, mual, muntah, bisa terjadi kejang sampai mengalami penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak sebelah badan, gangguan menelan atau gangguan fungsi otak yang lain.

- b. Riwayat penyakit dahulu

Kemungkinan adanya riwayat hipertensi, penyakit jantung, riwayat stroke sebelumnya, riwayat trauma kepala, diabetes melitus, anemia,

kontrasepsi oral yang cukup lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, vasodilator, aspirin, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

c. Riwayat penyakit keluarga

Sebagian besar ada riwayat keluarga yang memiliki penyakit hipertensi, penyakit jantung, cacat pada bentuk pembuluh darah (faktor genetik paling berpengaruh), diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

4. Riwayat psikososial dan spiritual

Peran pasien dalam keluarga, interaksi sosial terganggu, emosional meningkat, cemas yang berlebihan, dan kebiasaan klien dalam beribadah sehari-hari.

5. Aktivitas sehari-hari

a. Nutrisi

Makanan klien apakah sering berlemak, makan yang sering dikonsumsi, frekuensi makan, dan nafsu makan klien. Biasanya adanya gejala nafsu makan turun.

b. Minum

Apakah klien memiliki ketergantungan pada obat, minuman yang beralkohol, narkoba.

c. Eliminasi

Biasanya terdapat konstipasi pada pasien stroke hemoragik karena terdapat gangguan dalam mobilisasi, apakah mengalami kesulitan BAK, bau, warna, frekuensi urine. Pada pasien stroke dapat terjadi inkontinensia urine disebabkan karena kebingungan, karena kerusakan kontrol

motorik dan postural maka tidak bisa mengendalikan kandung kemih, tidak mampu mengkomunikasikan kebutuhan.

6. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Apakah pasien mengalami adanya riwayat operasi atau hematoma, pernah mengalami cedera kepala.

b. Mata

Adanya kekaburan pada penglihatan akibat gangguan N-II (nervus optikus), gangguan memutar bola mata (N-IV), gangguan mengangkat bola mata (N-III), dan gangguan menggerakkan bola mata kalateral (N-VI).

c. Hidung

Gangguan pada penciuman karena adanya gangguan pada N-I (olfaktorius)

d. Mulut

Terdapat gangguan menelan dan pengecapan karena kerusakan nervus vagus.

e. Dada

- 1) Inspeksi : Bentuk simetris
- 2) Palpasi : Tidak ada benjolan dan massa
- 3) Perkusi : Adanya nyeri atau tidak
- 4) Auskultasi : Suara jantung, adanya ronki, nafas cepat dan dalam

f. Abdomen

- 1) Inspeksi : Tidak ada acites/pembesaran, bentuk simetris
- 2) Auskultasi : Bising usus lemah (N: 5-30x/menit)
- 3) Perkusi : Tidak ada nyeri tekan, nyeri perut tidak ada

g. Ekstremitas

Pasien stroke hemoragik dapat ditemukan hemiparase atau hemiplegi paralisa, terdapat kelemahan otot dan perlu di pengukuran kekuatan otot (N:5).

Nilai pengukuran otot :

- 1) Nilai 0 : Tidak ada kontraksi sama sekali.
- 2) Nilai 1 : Dapat kontraksi tetapi tidak terjadi pergerakan pada sendi.
- 3) Nilai 2 : Ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa menahan grafitasi.
- 4) Nilai 3 : Jika dapat menahan grafitasi tetapi tidak bisa menahan tekanan dari pemeriksaan.
- 5) Nilai 4 : Dapat menahan pemeriksaan tetapi kekuatannya lemah/kurang.
- 6) Nilai 5 : Dapat menahan/melawan tekanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh.

h. Pemeriksaan neurologi

Menurut Judha (2011) :

- 1) Pemeriksan nervus cranialis

Pada umumnya akan terjadi gangguan pada nervus VII (cranialis) dan XII central.

2) Pemeriksaan motorik

Umumnya terjadi kelumpuhan atau kelemahan pada sebagian sisi tubuh.

3) Pemeriksaan sensorik

Bisa terjadi hemihipestesi.

4) Pemeriksaan reflek

Terjadi kehilangan reflek fisiologis pada sisi yang lumpuh. Reflek fisiologis akan muncul kembali setelah beberapa hari yang akan didahului dengan reflek patologis.

5) Pemeriksaan tingkat kesadaran dan *Glasgow Coma Scale* (GCS)

Pengkajian tingkat kesadaran bisa di periksa dengan kualitatif dan kuantitatif. Secara kualitatif yaitu bisa di dapatkan :

- a) Kesadaran penuh/composmentis yaitu kesadaran normal.
- b) Apatis merupakan tingkat kesadaran yang malas berinteraksi atau cuek.
- c) Delirium yaitu pasien bingung, disorientasi (tempat,waktu dan orang), berteriak-teriak, gelisah.
- d) Samnolen merupakan penurunan kesadaran, ngantuk berat dan bangun ketika di rangsang nyeri.
- e) Stupor yaitu pasien dapat memberi respon nyeri tetapi pasien seperti tertidur nyenyak.
- f) Coma yaitu pasien tidak bisa dibangunkan dan tidak bisa memberi respon nyeri (Munawaroh, 2018)

Pada pasien stroke yang akut biasanya mengalami samnolen/stupor bahkan bisa sampai coma.

Tabel 2.2 : Nilai pemeriksaan Kesadaran Kuantitatif Berdasarkan *Glasgow Coma Scale (GCS)*

A	EYE RESPON	SCORE
1	Spontan	4
2	Terhadap suara Meminta klien membuka mata.	3
3	Terhadap rangsang nyeri Tekan pada saraf supraorbital atau kuku jari.	2
4	Tidak ada reaksi Dengan rangsang nyeri klien tidak membuka mata.	1
B	VERBAL RESPONSE	
1	Berorientasi baik Pasien tau dimana dia berada, tahu waktu, dan Orang.	5
2	Bingung Menanyakan dimana ia berada dan kapan.	4
3	Tidak tepat Dapat mengucapkan kata-kata namun tidak berupa kalimat dan tidak ada maknanya.	3
4	Mengerang Mengeluarkan suara yang tidak punya arti, tidak mengucapkan kata, hanya suara mengerang.	2
5	Tidak ada jawaban (suara tidak ada).	1
C	MOTORIK RESPONSE	
1	Menurut Perintah Misalnya menyuruh klien menggerakkan tangan dan klien menuruti perintah.	6
2	Mengetahui lokasi nyeri Berikan rangsang nyeri. Bila klien menepis rangsang nyeri tersebut berarti dapat mengetahui lokasi nyeri.	5
3	Reaksi Menghindar Menolak atau menjauhi rangsangan nyeri pada anggota gerak.	4
4	Reaksi Fleksi (dekortikasi) Ketika diberi rangsang nyeri aksn bereaksi fleksi, berarti ingin menjauhi rangsang nyeri.	3
5	Ektensi spontan (decerecrasi) Memberikan rangsang nyeri yang cukup adekuat terjadi ekstensi pada siku maupun lutut atau hanya bisa mengepalkan jari tangan dan kaki.	2
6	Tidak ada gerak/reaksi Rangsang yang diberikan harus adekuat dan klien tidak ada respon.	1

Sumber: Munawaroh, 2018

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu penilaian klinis tentang respons klien mengenai masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialaminya secara potensial maupun aktual. Diagnosa keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi respon pasien, keluarga maupun komunitas mengenai situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon seseorang terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan, atau rentang respon individu, keluarga, kelompok, maupun komunitas (Herdman, 2015).

Langkah-langkah menentukan diagnosa keperawatan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) sebagai berikut:

1. Analisa Data

Merupakan pengembangan dalam kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan. Analisis data keperawatan terdapat beberapa tahapan meliputi :

- a. Bandingkan data dengan nilai normal

Data yang diperoleh melalui pengkajian dibandingkan dengan nilai normal, setelah itu diidentifikasi tanda dan gejala yang signifikan.

- b. Pengelompokan data

Mengelompokkan data-data klien yang signifikan atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Mengelompokkan data dilakukan secara deduktif atau induktif. Induktif yaitu memilah

data menjadi pola, sedangkan deduktif menggunakan kategori pola selanjutnya mengelompokkan data sesuai dengan kategori.

2. Identifikasi Masalah

Perawat dan klien mengidentifikasi masalah yang aktual, resiko, dan promosi kesehatan. Hal ini akan merujuk pada diagnosis keperawatan.

3. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosa keperawatan. Ada dua cara merumuskan diagnosis, yaitu :

a. Penulisan Tiga Bagian (Three Part)

Terdiri dari masalah, penyebab, tanda/gejala, dan metode ini digunakan pada diagnosis aktual (**Masalah** berhubungan dengan **Penyebab** dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**).

b. Penulisan Dua Bagian (Two Part)

Metode ini digunakan pada diagnosis resiko dan promosi kesehatan (**Masalah** dibuktikan dengan **Faktor Resiko** atau **Tanda/Gejala**).

Diagnosa keperawatan pada klien dengan Stroke Hemoragik adalah:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan keabnormalan masa protrombin dan/atau masa trombolastin parsial
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya bernafas
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
4. Defisit perawatan diri : mandi, makan, berpakaian, *toileting*, berhias berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
6. Risiko aspirasi berhubungan dengan Penurunan kesadaran

Diagnosa yang di ambil dalam masalah ini adalah risiko aspirasi. Risiko aspirasi merupakan beresiko masuknya sekresi orofaring, benda cair atau padat, dan sekresi gastrointestinal ke saluran trakeobronkial dikarenakan disfungsi protektif saluran pernapasan. Penyebab terjadinya risiko aspirasi antara lain penurunan tingkat kesadaran, penurunan reflek muntah dan/batuk, disfagia, gangguan menelan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa dilanjutkan dengan perencanaan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan pasien. Intervensi keperawatan yaitu segala perawatan yang di lakukan oleh perawat yang berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis bertujuan untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Rencana asuhan keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan klien dan pelaksanaan keperawatan. Dengan demikian rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatannya dalam memenuhi kebutuhan klien (Judha, 2011).

Diagnosa keperawatan pada masalah upaya pencegahan risiko aspirasi pada pasien stroke hemoragik adalah:

1. Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran (SDKI, 2018).

Dengan faktor risiko :

- a. Penurunan tingkat kesadaran
- b. Gangguan menelan
- c. Penurunan refleks muntah dan atau batuk
- d. Disfagia
- e. Kerusakan mobilitas fisik
- f. Peningkatan residu lambung
- g. Peningkatan tekanan intragastrik
- h. Penurunan motilitas gastrointestinal
- i. Terpasang selang nasogastrik

Tabel 2.3 : Perencanaan Keperawatan pada Diagnosa Risiko Aspirasi Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Dignosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
<p>Risiko Aspirasi</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.</p> <p>Faktor Risiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan tingkat kesadaran 2. Penurunan reflek muntah dan/atau 	<p>Luatan Utama</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam tingkat aspirasi menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran membaik 2. Kemampuan menelan meningkat 3. Kebersihan mulut meningkat 4. Kelemahan otot menurun 5. Akumulasi sekret menurun 6. Dispnea menurun/ pola napas normal 7. Sianosis menurun 8. Frekuensi napas membaik 	<p>Intervensi Utama</p> <p>MENEJEMEN JALAN NAPAS</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt dan chin-lift/head up</i>. 2. Posisikan <i>semi-Fowler</i> atau <i>Fowler</i> 3. Berikan oksigen <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan

batuk		cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.
3. Gangguan menelan	Luaran Tambahan	
4. Disfagia	Tujuan:	
5. Kerusakan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam status menelan membaik.	Kolaborasi :
6. Peningkatan residu lambung	Kriteria hasil:	1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
7. Terpasang selang nasogastrik	1. Reflek menelan meningkat	
8. Peningkatan tekanan intragastrik	2. Mempertahankan makanan di mulut meningkat	
	3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat	PENCEGAHAN ASPIRASI
	4. Kemampuan mengunyah meningkat	Observasi :
	5. Frekuensi tersedak menurun	1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan
	6. Batuk menurun	2. Monitor status pernafasan
	7. Refluks lambung menurun	3. Monitor bunyi nafas, terutama setelah makan/minum
	8. Penerimaan makanan membaik	4. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral
		5. Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral
Kondisi Terkait:	Klinis	
1. Cedera kepala		
2. Stroke		
3. Cedera medula spinalis		
4. Penyakit prankinson		
5. Keracunan obat dan alkohol		
		Terapeutik :
		1. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
		2. Pertahankan posisi semi fowler (30-45

- derajat) pada pasien tidak sadar
3. Pertahankan kepatenan jalan nafas
 4. Lakukan penghisapan jalan nafas, jika produksi secret meningkat
 5. Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal jika residu banyak

Edukasi :

1. Anjurkan strategi menelan/mengunyah
2. Ajarkan strategi mencegah aspirasi
3. Anjurkan makan secara perlahan

Intervensi Pendukung

DUKUNGAN PERAWATAN DIRI: MAKAN/MINUM

Observasi:

1. Identifikasi diet yang di anjurkan
2. Monitor kemampuan menelan

Terapeutik:

1. Atur posisi makan yang nyaman
2. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian

Edukasi:



1. Jelaskan posisi makan

Kolaborasi:

1. Kolaborasi pemberian obat

PEMBERIAN MAKAN
ENTERNAL

Observasi:

1. Periksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara.
2. Monitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enternal, bila perlu

Terapeutik:

1. Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang
2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan
3. Ukur residu sebelum pemberian makan
4. Bicara dengan pasien selama diberikan makanan untuk menstimulasi aktivitas makan
5. Irigasi selang



dengan 30ml air
setiap 4-6 jam
selama
pemberian
makan dan
setelah
pemberian
makan
intermiten

6. Hindari pemberian makan lewat selang 1 jam sebelum prosedur atau pemindahan pasien
7. Hindari pemberian makanan jika residu lebih dari 150cc atau lebih dari 110%-120% dari jumlah makanan tiap jam

Edukasi:

1. Jelaskan tujuan dan prosedur

Kolaborasi:

1. Kolaborasi sinar X untuk konfirmasi posisi selang, jika perlu
2. Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral

Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018., Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018., Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Tahap ini dilakukan tindakan dari perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien dengan optimal.

Pelaksanaan yaitu perwujudan dan pengelolaan dari rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap sebelumnya (Judha, 2011). Fokus implementasi keperawatan pada masalah risiko aspirasi yaitu pencegahan aspirasi meliputi mengkaji tingkat kesadaran pasien, mengkaji reflek menelan, mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan *head-tilt dan chin-lift*, memposisikan pasien semi-fowler atau fowler dan pemberian makanan, jika residu lambung cukup banyak maka menghindari memberi makan melalui enteral, mengajarkan strategi menelan/mengunyah (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.3.5 Evaluasi

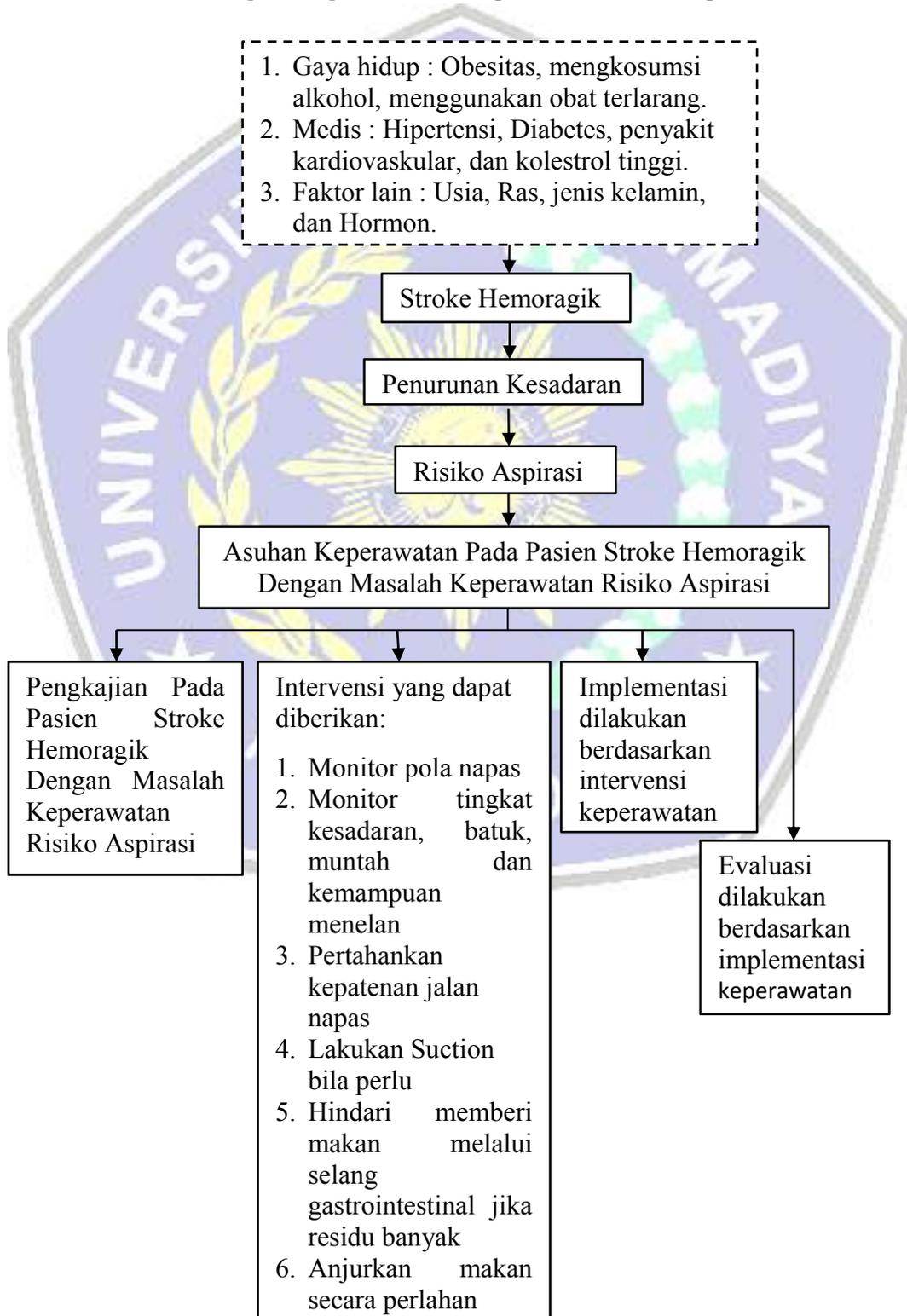
Evaluasi yaitu langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan dengan sengaja dan terus-menerus yang melibatkan perawat, klien, dan timkes lainnya. Hal ini memerlukan pengetahuan tentang patofisiologi, kesehatan, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi sendiri yaitu untuk menilai apakah tercapai atau tidak tujuan dari rencana keperawatan yang sudah dilakukan dan untuk pengkajian ulang (Padila, 2015).

Perumusan evaluasi asuhan keperawatan meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP. Data subjektif (S) data berupa perkembangan klien, keluhan klien, keluhan yang masih dirasakan klien setelah tindakan keperawatan bisa berkurang, hilang atau masih seperti sebelumnya. Objektif (O) adalah data hasil pengukuran atau pemeriksaan yang bisa diamati dan diukur perawat. Assesment (A) yaitu Interpretasi atau kesimpulan dari data subjektif dan objektif untuk menilai tujuan yang ditetapkan apakah tercapai dan masalah dapat teratasi atau tidak. Planing (P) merupakan perencanaan tindakan. Menentukan perencanaan selanjutnya berdasarkan analisis, apakah perlu dilakukan tindakan

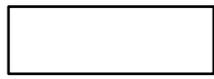
yang sama, atau di ubah sesuai dengan kebutuhan klien. Evaluasi ini disebut evaluasi proses (Sri Wahyuni, 2016).

2.4 Hubungan antar konsep

Gambar 2.2 : Hubungan antar konsep Asuhan Keperawatan pada pasien stroke hemoragik dengan masalah keperawatan risiko aspirasi



Keterangan :



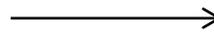
: Konsep yang utama di telaah



: Tidak ditelaah dengan baik



: Berhubungan



: Berpengaruh

