

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Hemoragik

2.1.1 Definisi

Stroke Hemoragik adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di sekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat. Darah yang pecah bisa membanjiri jaringan otak yang ada disekitarnya, sehingga fungsi otak akan terganggu. (Kanggeraldo et al, 2018)

2.1.2 Klasifikasi

Menurut(Junaidi, 2011 Dalam Putri 2017), klasifikasi stroke hemoragik dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Perdarahan Intracerebral (PIS)

Perdarahan Intracerebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intracerebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak. Penyebab PIS biasanya karena hipertensi yang berlangsung lama lalu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lain adalah stres fisik, emosi, peningkatan tekanan darah mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan, kelainan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama apabila perdarahannya luas (masif) (Junaidi, 2011).

2. Perdarahan subarachnoid (PSA)

Perdarahan subarachnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer). Sebagian kasus PSA terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan stres mental dan fisik. Kegiatan fisik yang menonjol seperti :mengangkat beban, menekuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan hubungan intim (koitus) kadang bisa jadi penyebab (Junaidi, 2011).

2.1.3 Etiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plakaterosklerotik. Penyebabnya terjadi peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh strespsikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan lainnya seperti mencedakan, batuk keras, mengangkat beban dan sebagainya. (Junaidi, 2011 Dalam Putri, 2017)

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut Widyanto & Tribowo (2013) factor resiko stroke yaitu :

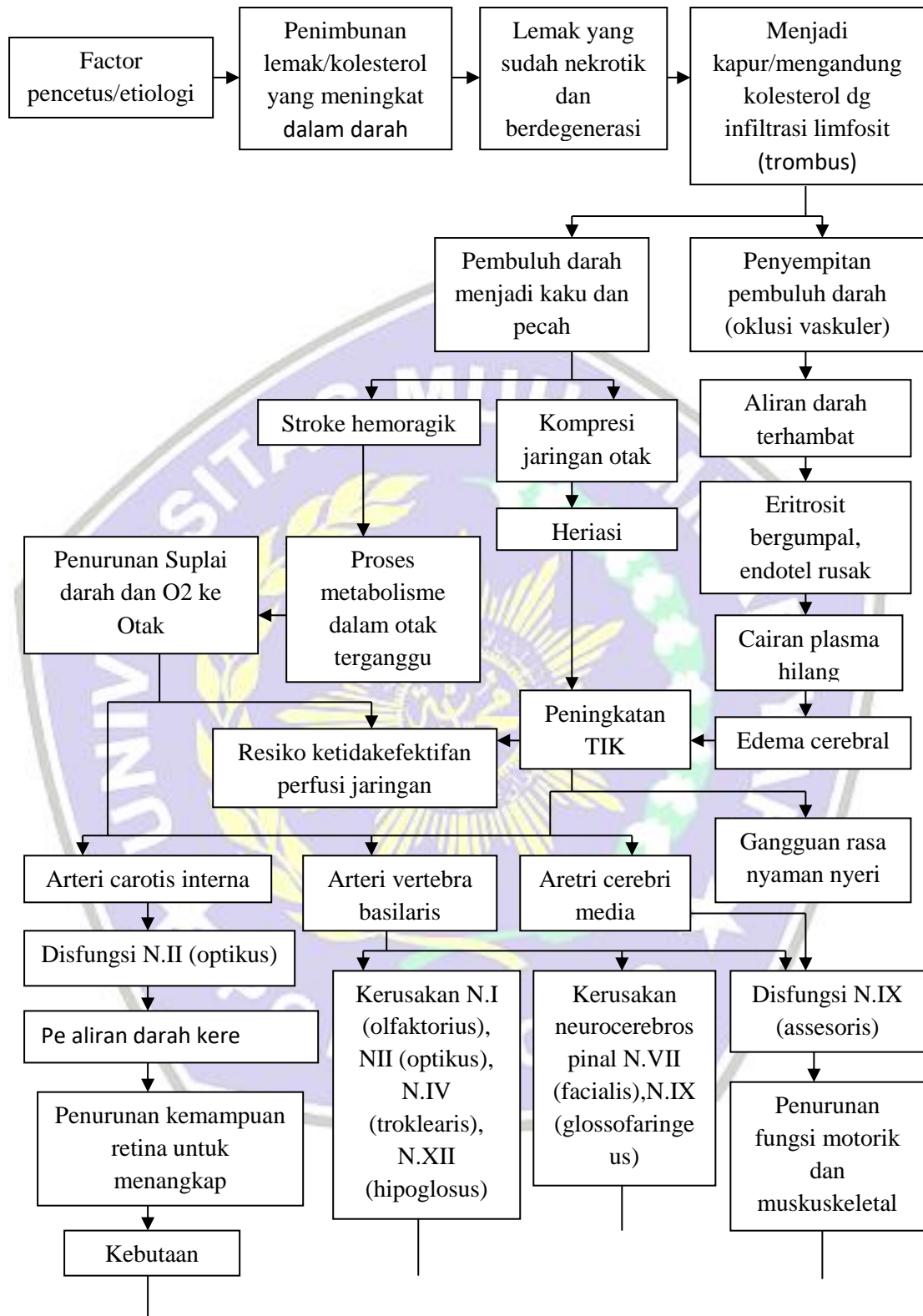
1. Faktor resiko stroke yang dapat dirubah, seperti : Hipertensi, diabetes melitus, kadar hematokrit tinggi, kebiasaan sehari-hari (merokok, penyalahgunaan obat, konsumsi alkohol, kontrasepsi oral).

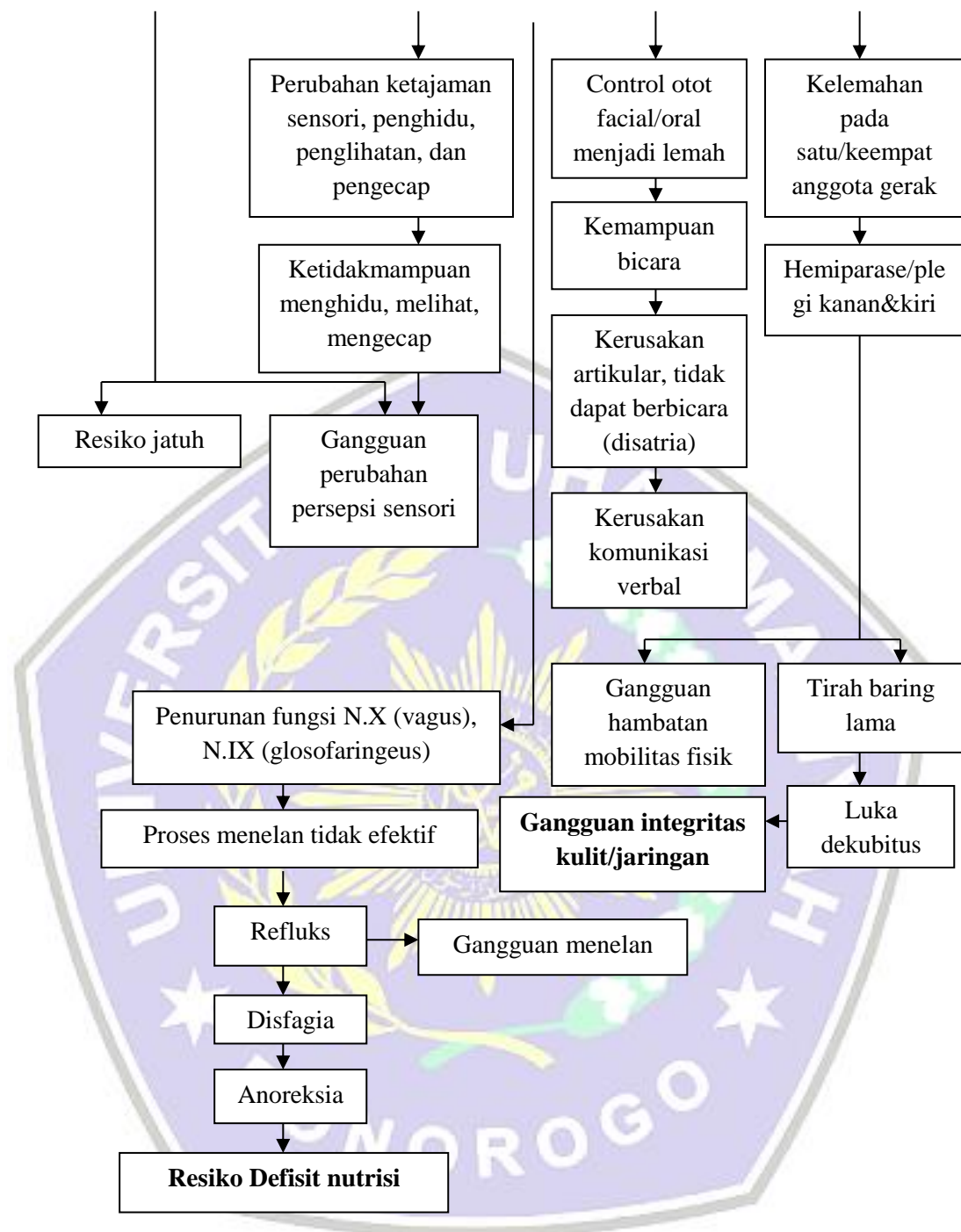
2. Faktor resiko stroke yang tidak dapat dirubah, seperti : usia, jenis kelamin, riwayat keluarga/keturunan, penyakit jantung koroner, fibrilasi atrium, dan beterozigot atau homosisturia.(Widyanto & Tribowo, 2013 Dalam Winda 2019)

2.1.5 Patofisiologi

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah didalam otak sehingga darah menutupi atau menggenangi ruang – ruang pada jaringan sel otak, dengan adanya darah yang menggenangi dan menutupi ruang – ruang pada jaringan sel otak tersebut maka akan menyebabkan kerusakan jaringan sel otak dan menyebabkan fungsi control pada otak. Genangan darah bisa terjadi pada otak sekitar pembuluh darah yang pecah (intracerebral hemoragie) atau juga dapat terjadi genangan darah masuk kedalam ruang disekitar otak (subarachnoid hemoragie) dan bila terjadi stroke bisa sangat luas dan fatal dan bahkan sampai berujung kematian. Pada umumnya stroke hemoragik terjadi pada lanjut usia, dikarenakan penyumbatan terjadi pada dinding pembuluh darah yang sudah rapuh (aneurisma), pembuluh darah yang rapuh disebabkan oleh factor usia (degeneratif), tetapi juga disebabkan oleh factor keturunan (genetik). Biasanya keadaan yang sering terjadi adalah kerapuhan karena mengerasnya dinding pembuluh darah akibat tertimbun plak atau arteriosclerosis bisa akan lebih parah lagi apabila disertai dengan gejala tekanan darah tinggi (Feigin, 2007 Dalam Putri 2017).

2.1.6 PATHWAY





Gambar 2.1 Pathway Stroke Hemoragik

2.1.7 Manifestasi Klinis

Menurut (Tarwoto, 2013 Dalam Putri, 2017) manifestasi klinis Stroke:

1. Kelumpuhan pada wajah atau separuh anggota tubuh (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
3. Penurunan kesadaran.
4. Afasia (kesulitan berbicara).
5. Disatria (bicara cadel atau pelo).
6. Gangguan penglihatan. Sulit melihat dengan sebelah mata maupun kedua mata. Berbagai objek menjadi kabur atau terlihat ganda.
7. Disfagia
Kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX.
8. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic menurut Wijaya & Yessie (2013) :

1. Angiografiserebral
Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksiarteri, oklusi/rupture.
2. Elektroencefalography
Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan lesi yang spesifik.

3. Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat thrombus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisme pada perdarahan subarchnoid.

4. Ultrasonography doopler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistemkronis/alirandarah, muncul plaque/aterosklerosis).

5. CT-scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

6. MRI

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi subarachnoid/perdarahan intrakranial.

7. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensikronis pada penderita stroke. Menggambarkan kelenjar pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

8. Pemeriksaan labolatorium

a. Fungsi lumbal : Tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarchnoid

atau intrakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus trhombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

- b. Pemeriksaan darah rutin
- c. Pemeriksaan kimia darah : Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Menurut (Wijaya& Putri, 2013 DalamZulfiana 2019) penatalaksanaan stroke adalah :

1. Penatalaksanaan umum stroke fase akut
 - a. Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral decubitus bila disertai muntah.
 - b. Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit bila ada hasil gas darah.
 - c. Memasang kateter untuk jalan buang air kecil
 - d. Kontrol tekanan darah, dipertahankan normal.
2. Penatalaksanaan setelah Fase Akut
 - a. Berikan nutrisi per oral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan menggunakan NGT.
 - b. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika ada kontraindikasi. Boleh dimulai latihan mobilisasi bila kondisi hemodinamik stabil atau fase rehabilitasi.

3. Penatalaksanaan medis

- a. Obat anti hipertensi. Pada penderita stroke baru, biasanya tekanan darah tidak diturunkan terlalu rendah untuk menjaga suplai darah keotak.
- b. Anti platelet untuk mencegah pembekuan darah, digunakan obat anti platelet, seperti aspirin.
- c. Anti koagulan untuk mencegah pembekuan darah, pasien dapat diberikan obat-obatan tikoagulan seperti heparin yang bekerja dengan cara mengubah komposisi factor pembekuan dalam darah. Obat tikoagulan biasanya diberikan pada penderita stroke dengan gangguan irama jantung.

4. Penatalaksanaan khusus komplikasi

- a. Atasi kejang (anti konvulan)
- b. Atasi tekanan intracranial yang tinggi menggunakan manitol, gliserol, furosemide, intubasi, stereroid dll.
- c. Atasi dekompresi (kraniotomi)
- d. Untuk penatalaksanaan factor resiko :
 - 1) Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - 2) Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - 3) Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)

2.1.10 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut (Wijaya&Yessie, 2013 Dalam Nur Ainun 2019):

1. Berhubungan dengan imobilitas

- a. Infeksi pernafasan
 - b. Nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan
 - c. Konstipasi
 - d. Tombroflebitis
2. Berhubungan dengan mobilisasi
 - a. Nyeri pada daerah punggung
 - b. Dislokasi sendi
 3. Berhubungan dengan kerusakan otak
 - a. Epilepsi
 - b. Sakit kepala
 - c. Kraniotomi
 4. Hidrosefalus

2.1.11 Pencegahan

Menurut (Widyanto dan Tribowo, 2013 Dalam Winda 2019) upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya stroke yaitu :

1. Menghindari kebiasaan makan yang berlebihan.
2. Menghindari makanan yang mengandung lemak dan garam yang tinggi.
3. Menghindari factor pemicustres.
4. Berolahraga dengan rutin.

2.2 Konsep Risiko Defisit Nutrisi

2.2.1 Definisi

Risiko Defisit nutrisi adalah Resiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.2.2 Penyebab

1. Ketidakmampuan menelan makanan.
2. Ketidakmampuan mencerna makanan.
3. Ketidakmampuan mengabsorbsinutrien.
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme.
5. Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
6. Faktor psikologis (mis. Stres, keengganan untuk makan). (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.2.3 Manifestasi Klinis

1. Penurunan berat badan.
2. Penurunan nafsu makan.
3. Membran mukosa pucat.
4. Nyeri abdomen.
5. Cepat kenyang setelah makan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.2.4 Penilaian Status Gizi

Penilaian Status Gizi menurut (Ida Mardalena, 2017 Dalam Komang 2018) dibagi menjadi dua yaitu penilaian status gizi secara langsung dan secara tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung terdiri dari :

1. Antropometri

Antropometri memiliki arti sebagai ukuran tubuh manusia.

Antropometri secara umum berfungsi untuk melihat ketidakseimbangan protein dan energi. Antropometri sebagai indikator status nutrisi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter ini disebut dengan Indeks Antropometri yang terdiri dari : berat badan menurut

umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), lingkaran lengan atas menurut umur (LLA/U), Indeks massa tubuh (IMT) dan tebal lipatan kulit.

2. Biokimia

Penilaian status nutrisi dengan biokimia adalah pemeriksaan specimen yang diujikan secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh manusia. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urine, tinja, dan juga beberapa jaringan tubuh lainnya. Seperti hati dan otot. Pemeriksaan laboratorium ini berupa kadar total limfosit, serum albumin, serum transferrin, hemoglobin dan hematokrit, keseimbangan nitrogen dan tes antigen kulit (Mardalena, 2017)

2.2.5 Penatalaksanaan Risiko Defisit Nutrisi

1. Medis

a. Nutrisi enteral

Metode pemberian makanan alternative untuk memastikan kecukupan nutrisi meliputi metode enteral (melalui system pencernaan). Nutrisi enteral juga disebut sebagai nutrisi enteral total (TEN) diberikan apabila klien tidak mampu menelan makanan atau mengalami gangguan pada saluran pencernaan atas dalam transport makanan ke usus halus terganggu. (Iqbal Mubarak, 2010 Dalam Nadhiyatul)

b. Nutrisi parentral

Nutrisi parentral (PN) juga disebut sebagai nutrisi parenteral total (PNT) atau hiperalimentasi intravena, diberikan jika saluran

gastrointestinal tidak berfungsi karena terdapat gangguan dalam kontinuitas fungsinya atau karena kemampuan penyerapan terganggu. Nutrisi parenteral diberikan melalui kateter vena sentral ke vena superior, makanan parenteral adalah air, lemak, protein, vitamin, elektrolit. (Iqbal Mubarak, 2010 Dalam Nadhiyatul).

2. Keperawatan

a. Menstimulasikan nafsu makan

- 1) Berikan makanan yang sudah dikenal yang memang disukai klien yang disesuaikan dengan kondisi klien.
- 2) Pilih porsi sedikit sehingga tidak menurunkan nafsu makan klien yang anoreksia.

b. Penilaian status nutrisi

1) Berat Badan

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

2) Tinggi Badan

Tinggi badan adalah antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Tinggi badan merupakan parameter yang dapat melihat keadaan status gizi sekarang dan keadaan yang lalu.

3) Lingkar Lengan Atas

Lila merupakan gambaran umum keadaan jaringan otot atau lapisan lemak bawah kulit dan mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak.

4) Indeks Massa Tubuh

Untuk menentukan Indeks Massa Tubuh alat yang digunakan seperti timbangan berat badan dan alat ukur tinggi badan.

Pengukuran IMT yaitu : Berat Badan dalam satuan (kg) dibagi Tinggi Badan (m) dipangkat 2. (Mardalena & Suyani, 2016)

2.2.6 Prinsip – Prinsip Nutrisi

Tubuh membutuhkan nutrisi untuk kelangsungan fungsi – fungsi tubuh. Zat gizi berfungsi sebagai penghasil energy bagi fungsi organ, untuk pergerakan serta kerja fisik. Sebagian zat gizi berperan dalam pembentukan dan perbaikan jaringan tubuh serta berperan sebagai pelindung dan pengatur. Elemen nutrisi terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, mineral dan air. (Tarwoto & Wartonah, 2010).

1. Karbohidrat

Karbohidrat tersusun atas unsur karbon (C), Hidrogen (H), dan terdiri dari dua jenis dasar karbohidrat sederhana (gula dan karbohidrat kompleks, tepung dan serat). (Barbara Kozier et al, 2011).

2. Protein

Protein berfungsi sebagai pertumbuhan, mempertahankan dan mengganti jaringan tubuh. Bentuk sederhana dari protein adalah asam amino. Asam amino disimpan dalam jaringan dalam bentuk hormon dan enzim. Sumber protein terdiri dari protein hewani yaitu protein yang berasal dari hewan seperti susu, daging, telur, hati, udang, ikan, kerang dan ayam, serta protein nabati yaitu protein yang berasal dari

tumbuhan seperti jagung, kedelai, kacang hijau, dan sebagainya.
(Alimul, 2012 Dalam Naomi 2017)

3. Lemak

Lemak adalah sumber energi paling besar. Berdasarkan ikatan kimianya lemak dibedakan menjadi lemak murni yaitu lemak yang terdiri atas asam lemak dan gliserol, dan zat-zat yang mengandung lemak misalnya fosfolipid yaitu katan lemak dengan garam fosfor, glikolipid yaitu ikatan lemak dengan glikogen. (Tarwoto & Wartonah, 2010 Dalam Naomi 2017)

4. Vitamin

Pencernaan vitamin melibatkan penguraian menjadi molekul-molekul yang lebih kecil sehingga dapat diserap dengan efektif. Beberapa penyerapan vitamin dilakukan dengan difusi sederhana tetapi system transportasi aktif sangat penting untuk memastikan pemasukan yang cukup. (Alimul, 2012 Dalam Naomi 2017)

5. Mineral

Mineral adalah ion organik esensial untuk tubuh karena perannya sebagai katalis dalam reaksi biokimia. Ada dua jenis mineral berdasarkan kebutuhannya dalam tubuh yaitu, makro mineral yaitu jumlah kebutuhan mineral tubuh lebih dari 100 mg/hari, dan mikro mineral yaitu jumlah kebutuhan tubuh mineral kurang dari 100 mg/hari. (Tarwoto & Wartonah, 2010)

6. Air

Air merupakan zat makanan paling mendasar yang dibutuhkan oleh tubuh manusia. Pada orang dewasa asupan air berkisar antara 1200-1500 cc per hari namun dianjurkan sebanyak 1900 cc sebagai batas optimum. Selain itu, air yang masuk ke tubuh melalui makanan lain berkisar antara 500-900 cc per hari. (Alimul, 2012 Dalam Naomi 2017)

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Hemoglobin

Hemoglobin merupakan senyawa pembawa oksigen pada sel darah merah dan dapat diukur secara kimia. Jumlah Hb/100 ml darah dapat digunakan sebagai indeks kapasitas pembawa oksigen ke darah. Hemoglobin mempunyai dua fungsi pengangkut penting dalam tubuh manusia yaitu, pengangkut oksigen dan pengangkut jaringan karbondioksida. Normal hemoglobin adalah 13,5-18 g/dL. Hubungan hemoglobin dengan nutrisi adalah mengantarkan oksigen dan nutrisi ke dalam tubuh sehingga jika nutrisi tidak terpenuhi maka akan berpengaruh terhadap hemoglobin yaitu hemoglobin menurun. (Murray, Granner & Rodwel, 2009).

2. Albumin

Albumin merupakan serum protein cadangan dalam tubuh yang diproduksi oleh hati. Secara normal albumin merupakan 55% dari semua protein plasma. Jumlah albumin untuk penelitian status nutrisi adalah normal 3,5 – 4,7 g/dL. Hubungan albumin dengan nutrisi

adalah jika nutrisi kurang maka albumin akan turun karena albumin bertanggungjawab memelihara 75% - 80% tekanan osmotik plasma. Dan albumin juga mengangkat mineral keseluruh tubuh melalui peredaran darah. (Nur Aisyiyah widjaja, dkk 2013).

3. Hematokrit

Hematokrit merupakan volume sel darah merah yang ditemukan dalam 100ml darah. Dihitung dalam persentase. Nilai hematokrit digunakan sebagai tes skrening untuk anemia, sebagai referensi kalibrasi untuk metode otomatis hitung sel darah, dan secara kasar untuk membimbing keakuratan pengukuran hemoglobin. Jadi secara tidak langsung hemoglobin dan hematokrit saling berhubungan sehingga apabila hemoglobin rendah karena kekurangan nutrisi maka hematokrit akan juga mengalami penurunan. (Kiswari, 2014)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik dengan Risiko Defisit Nutrisi

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya (Rohmah & Walid, 2016 Dalam Riska). Menurut (Muttaqin, 2011), pengkajian yang harus dilakukan adalah :

1. Identitas : Nama, Usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Agama, Alamat tempat tinggal, Diagnosa medis.

2. Keluhan utama : Keluhan utama yang sering terjadi yaitu kelemahan anggota gerak baik sebagian atau keseluruhan, bicara kurang jelas, dan terjadi tingkat penurunan kesadaran.
3. Riwayat penyakit sekarang : Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung secara mendadak, pada saat klien melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive dan koma.
4. Riwayat penyakit dahulu : Riwayat penyakit dahulu yang pernah terjadi biasanya adanya riwayat hipertensi dan riwayat stroke sebelumnya. Selanjutnya pengkajian apakah klien pernah mengonsumsi seperti pemakaian obat anti hipertensi, anti lipidemia dan lainnya.
5. Riwayat penyakit keluarga : Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus atau adanya riwayat stroke pada masa lalunya.
6. Riwayat psiko-sosio-spiritual : Peran pasien dalam keluarga, status emosi, interaksisosial yang terganggu, rasa cemas yang berlebihan, status dalam pekerjaan, kegiatan ibadah selama dirumah dan dirumah sakit.
7. Pola kesehatan sehari-hari
 - a. Aktivitas/Istirahat

- 1) Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan.
 - 2) Kehilangan sensasi atau *paralysis*.
 - 3) Gangguan tonus otot.
 - 4) Gangguan penglihatan.
 - 5) Gangguan tingkat kesadaran.
- b. Makanan dan Minuman : Gangguan menelan makanan, nafsu makan hilang, mual, muntah, kehilangan sensasi rasa, cepat kenyang setelah makan.
- c. Eliminasi
- 1) BAK : Gangguan pola berkemih seperti inkontinensia/anuria.
 - 2) BAB : Distensi abdomen, bising usus menurun.
- d. Mengkaji Pola Nutrisi (Tarwoto, 2012 Dalam Winda). Pengkajian nutrisi sebagai berikut :
- 1) A : *Anthropometric measurement*, pengukuran ini meliputi BB, TB, LILA, IMT.
 - 2) B : *Biochemical data*, pengkajian status nutrisi pasien perlu ditunjang dengan pemeriksaan laboratorium seperti : hemoglobin, hematokrit dan albumin.
 - 3) C : *Clinicalsign*, pasien dengan masalah nutrisi akan memperlihatkan tanda-tanda klinik yang jelas. Tanda-tanda abnormal tersebut bukan saja pada organ fisiknya tetapi juga fungsi fisiologisnya, seperti tubuh lemas, nafsu makan menurun, rambut rontok, kusam, tumbuh tidak sempurna dan kulit kering, terdapat ruam, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering.

- 4) D : *Dietary*, faktor yang perlu dikaji dalam riwayat konsumsi nutrisi/diet pasien adalah kebiasaan makan, makanan kesukaan, pemasukan cairan, problem diet, aktifitas fisik, dan riwayat kesehatan. Selain itu salah satu tanda pasien mengalami masalah nutrisi yaitu pasien tidak mampu menghabiskan porsi makan.

8. 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 biasanya pada pasien stroke normal.

c. Kepala dan muka

- 1) Kepala : kebersihan, adanya hematoma, biasanya penyebaran rambut tidak merata, rambut rontok berlebihan, kusam.
- 2) Muka : biasanya pada penderita stoke antara kanan dan kiri tidak simetris, dan wajah pucat. (Muttaqin, 2011)

d. Mata

Biasanya pada pasien stroke konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, gangguan dalam memutar bola mata (*Nervus Abdusen*).

e. Hidung

Pada pasien stroke biasanya bentuk simetris kanan dan kiri, tidak adanya pernafasan cuping hidung, pada pemeriksaan *Nervus 1 Olfactorius* : tidak memperlihatkan gejala penurunan daya penciuman.

f. Mulut dan gigi

Pasien stroke biasanya mengalami masalah pada bau mulut, gigi kotor, gusi yang meradang, mukosa bibir pucat, otot pengunyah lemah, stomatitis.

g. Leher

Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan menelan, otot menelan lemah dan kaji apakah ada pembesaran kelenjar thyroid.

h. Telinga

Biasanya pada pasien stroke bentuk daun telinga kanan dan kiri simetris, pada pemeriksaan *Nervus VIII (akustikus)* : terjadinya penurunan fungsi pendengaran.

i. Pemeriksaan thorax

1) Jantung

Inspeksi : biasanya *ictus cordis* tidak terlihat.

Palpasi : biasanya *ictus cordis* teraba.

Perkusi : biasanya batas jantung normal.

Auskultasi : biasanya suara vesikuler.

2) Paru

Inspeksi : biasanya simetris kanan dan kiri.

Palpasi : biasanya *vocal fremitus* kanan dan kiri.

Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor).

Auskultasi : biasanya suara nafas ronchi.

j. Abdomen

Inspeksi : biasanya bentuk simetris.

Palpasi : biasanya didapatkan penurunan gerak peristaltik usus akibat lama *bedrest* klien, dan terkadang kembung.

Perkusi : biasanya tidak ada pembesaran hepar.

Auskultasi : biasanya terdapat suara tympani.

k. Genetalia

Biasanya terdapat inkonensia alfi.

l. Ekstermitas

Keadaan rentang gerak biasanya terbatas, tremor, edema, nyeri tekan, penggunaan alat bantu, didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, kekuatan otot tidak kuat (kurang dari 50).

Pengukuran kekuatan otot menurut muttaqin (2008) :

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

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

- 3) Nilai 2 : Apabila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan grafitasi.
- 4) Nilai 3 : Apabila dapat melawan grafitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksa.
- 5) Nilai 4 : Apabila dapat melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang.
- 6) Nilai 5 : Apabila dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan penuh.

m. Neurologis

1) Nervus I (*Olfactorius*)

Test fungsi pembauan dengan cara pasien disuruh tutup mata dan diminta mencium bau-bauan seperti teh, kopi. Dan biasanya pada penderita stroke tidak mengalami kelainan pada fungsi penciuman.

2) Nervus II (*Optikus*)

Test lapang pandang dilakukan dengan cara menutup salah satu mata pasien secara bergantian dengan melihat objek yang dipegang atau di gerakkan. Biasanya pada pasien stroke mengalami gangguan pada penglihatan.

3) Nervus III, IV, VI (*Oculomotorius, Trochlearis, Abducent*)

Nervus III : respon pupil terhadap cahaya, menyrotkan senter ke mata.

Nervus IV : kepala klien tegak lurus gerakkan objek kekanan dan observasi apakah adanya niatgamus.

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

4) Nervus V (*Trigeminus*)

- a) Fungsi sensasi : mengusap kapas ke area kelopak mata atas dan bawah.
- b) Fungsi kornea : letakkan kapas di ujung 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 motorik : menyuruh pasien untuk tersenyum dan mengerutkan dahi. Sebagian besar pada pasien stroke yang tidak mengalami kelumpuhan saraf wajah umumnya bisa melakukan.

6) Nervus VIII (*Vestibulokoklearis*)

Untuk mengkaji pendengaran pasien dengan menutup satu telinga dan bisikkan k etelinga bandingkan telinga kanan dan kiri. Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan dan benda sekitar ataupun bisikan

7) Nervus IX (*Glosofaringeal*)

Dilakukan dengan cara menyentuh bagian belakang faring pada setiap sisi spacula, reflek menelan dan muntah.

8) Nervus X (Vagus)

Meminta klien membuka mulut, melakukan dan melaporkan pemeriksaan inspeksi bila terdapat kelumpuhan nervus vagus, uvula tidak berada ditengah, tampak tertarik ke sisi yang sehat, melakukan pemeriksaan reflek faring/muntah, kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

9) Nervus XI (Accessories)

Pemeriksaan dengan cara meminta klien untuk mengangkat bahu dan pemeriksa menahan bahu klien. Kemudian minta klien memutar kepalanya dengan melawan tahanan.

10) Nervus XII (Hypoglossus)

Pemeriksaan dengan cara mengkaji gerakan lidah, inspeksi lidah meminta klien untuk menggerakkan lidahnya ke kanan dan ke kiri. (Irfan, 2010 Dalam Aris 2019)

n. Pemeriksaan Reflek (Tarwoto, 2013 Dalam Lusiana 2019)

1) Pemeriksaan reflek fisiologis

a) Reflek biseps : diperiksa dengan cara lengan pasien ditekuk sedikit 90°, letakkan ibu jari pemeriksa untuk menekan tendon biseps pasien, pukul ibu jari menggunakan palu reflek. Positif jika kontraksi dari otot biseps dan kemudian fleksi pada siku.

b) Reflek triseps : diperiksa dengan cara lengan pasien ditekuk pukul tendon triseps yang melalui fossa olecrani. Reaksinya adalah kontraksi otot trisep dengan sedikit terhentak.

- c) Reflek patella/quadriseps : dilakukan dengan cara posisi kaki menggantung atau posisi telentang, pukul tendon patella. Positif jika terjadi gerakan tiba-tiba dari bagian tungkai bawah.
- d) Reflek achilles : posisi kaki menggantung atau posisi supine. Tegakkan tendon Achilles dengan menahan kaki di posisi dorsofleksi, pukul menggunakan palu refleksi. Positif jika fleksi kaki tiba-tiba.

2) Reflek patologis (Tarwoto, 2013 Dalam Lusiana 2019)

- a) Reflek Hoffman dan Tromner : diperiksa dengan cara melalui petikan pada kuku jari tengah. Reflek tromner diperiksa dengan cara mencolek ujung jari tengah. Positif jika timbul gerakan fleksi pada ibu jari, jari telunjuk dan jari-jari lainnya.
- b) Reflek babinski : goresan ujung palu refleksi pada telapak kaki pasien mulai dari tumit menuju keatas. Reflek babinski positif jika ada respon dorso fleksi ibu jari yang disertai pemekaran jari-jari yang lain.
- c) Reflek chaddock : dilakukan goresan dengan ujung palu pada kulit dibawah meloleuseksternus. Positif jika ada respon dorso fleksi ibu jari disertai pemekaran jari-jari yang lain.
- d) Reflek oppenheim : menggunakan jempol dan jari telunjuk pemeriksa, tulang tibia pasien diurut dari atas ke bawah. Reflek positif jika ada respon dorso fleksi ibu jari yang disertai pemekaran jari-jari yang lain.

- e) Reflek gordon : dilakukan pemijatan pada otot betis pasien. Positif jika respon dorso fleksi pada ibu jari dan diikuti pemekaran jari-jari yang lain.
- f) Reflek schaefer : pemijatan pada tendon achilles. Positif jika dorso fleksi ibu jari yang disertai pemekaran jari-jari yang lain.
- g) Reflek rossolimo-mendelbechterew : perkusi menggunakan palu refleksi pada daerah dorsum pedis basis jari-jari kaki pasien. Positif jika timbul plantar fleksi plantar jari-jari nomor 2 sampai nomor 5.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentangan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diagnosa keperawatan biasanya berisi dua bagian yaitu description atau pengubah, fokus diagnosis, atau konsep kunci dari diagnosis. (Hermand dkk, 2015 Dalam Akrima).

Pada karya tulis ilmiah ini kasus yang diambil peneliti adalah :

Risiko defisit nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan.

Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Definisi : Risiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

- a. Ketidakmampuan menelan makanan
- b. Ketidakmampuan mencerna makanan

- c. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
- d. Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e. Faktor ekonomi
- f. Faktor psikologis

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. (Wahyuni, 2016 Dalam Alfa).

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

NO	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>Risiko Defisit Nutrisi Definisi : Risiko mengalami Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi 6. Faktor psikologis 	<p>STATUS NUTRISI Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam status nutrisi terpenuhi. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat. 2. Berat badan atau IMT normal. 3. Frekuensi makan meningkat. 4. Nafsu makan meningkat. 5. Perasaan cepat kenyang menurun 	<p>Manajemen gangguan makan Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan secara rutin. 2. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai. 3. Lakukan kontak perilaku (mis. Target berat badan, tanggung jawab perilaku). 4. Didampingi ke kamar mandi

			<p>untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku. 6. Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak. 7. Rencanakan program pengobatan untuk perawatan dirumah (mis.medis, konseling). 8. Lakukan oral hygiene sebelum makan. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan). 2. Ajarkan pengaturan diet yang tepat. 3. Ajarkan keterampilan coping untuk penyelesaian masalah perilaku makan. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang
--	--	--	---

			target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan.
--	--	--	---

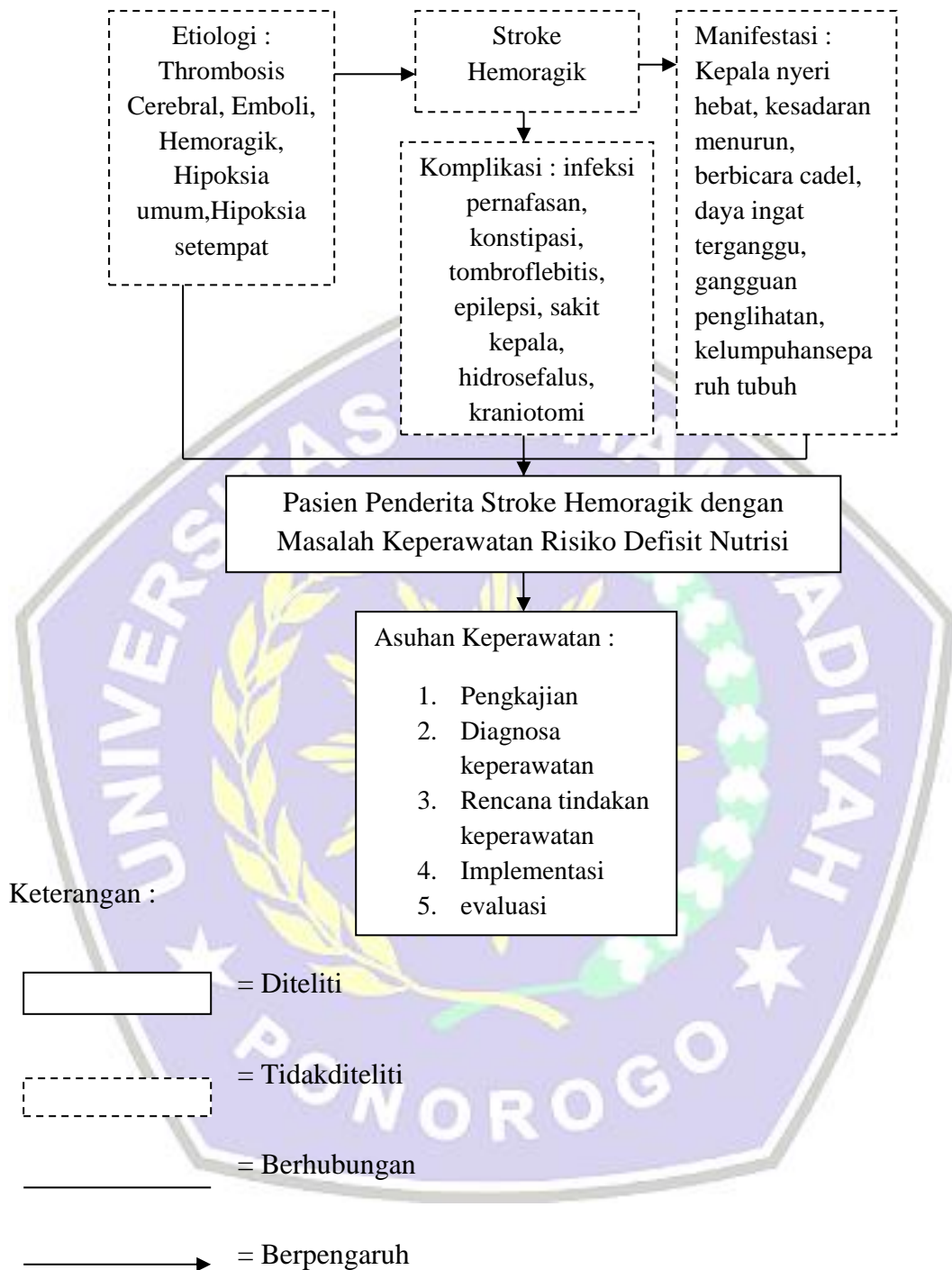
2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus dari intervensi keperawatan antara lain : menemukan perubahan system tubuh, mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi, memantapkan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan dokter (Wahyuni, 2016 Dalam Ni'amatul).

2.3.5 Evaluasi

Tahap evaluasi atau penilaian adalah perbandingan yang terencana dan sistematis mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambung dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatannya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang disesuaikan dengan criteria hasil pada perencanaan (Wahyuni, 2016 Dalam Ni'amatul). Tidak dikatakan membaik apabila perasaan cepat kenyang, nyeri abdomen, stomatitis, rambut rontok, diare. Dan dikatakan membaik apabila frekuensi makan 3x sehari, nafsu makan meningkat, porsi makan meningkat, berat badan meningkat.

2.3.6 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 Hubungan Antar Konsep Stroke Hemoragik