

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Definisi

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (deficit neurologic) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke akut didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (CVA infark) atau perdarahan (stroke hemoragik). (Junaidi, 2011).

CVA Infark merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang di sebabkan oleh tumpukan *thrombus* pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti (Farida, 2009).

2.1.2 Etiologi

Ada beberapa penyebab CVA infark (Wijaya, 2013).

1. Trombosis serebri

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah. Trombosis serebri ini disebabkan karena adanya:

- a. Aterosklerostis: mengerasnya atau berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah.

- b. Hiperkoagulasi: darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas atau hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah cerebral.

2. Emboli

Dapat terjadi karena adanya pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli:

- a. Penyakit jantung reumatik
- b. Infark miokardium
- c. Fibrilasi dan keadaan aritmia: dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri
- d. Endokarditis: menyebabkan gangguan pada endokardium.

2.1.3 Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Stroke karena embolus dapat merupakan akibat dari bekuan darah, udara, palque, ateroma fragmen hipertensi (Wijaya, 2013).

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. luas infark tergantung tergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah serta adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan jantung atau paru). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi (Muttaqin, 2012).

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. mengakibatkan iskemik jaringan otak yang disuplai pembuluh darah yang bersangkutan, edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri (Muttaqin, 2012).

Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah, maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini kan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arterosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian karena terjadi destruksi massa otak,

peningkatan tekanan intraserebral, dan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum (Muttaqin, 2012).

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Jika sirkulasi serebral terhambat dapat terjadi anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit, dan irreversibel jika lebih dari 10 menit. Selain kerusakan perikim otak akibat perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi (Muttaqin, 2012).

2.1.4 Klasifikasi CVA Infark

Ada dua jenis CVA infark yang paling banyak terjadi (Wiwit, 2010) sebagai berikut:

1. Stroke trombotik, disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah oleh bekuan darah atau thrombus. Atherosclerosis plaque dapat mempersempit pembuluh darah, sehingga membuat aliran darah lebih bergejolak dan mendorong terbentuknya bekuan darah atau thrombus.
2. Stroke embolik, dimana penyumbatan disebabkan oleh suatu fragmen dari thrombus, yaitu embolus yang dapat masuk ke dalam arteri-arteri yang lebih kecil di dalam otak. Seseorang dengan penyakit jantung akan lebih beresiko karena selalu embolus yang kurang berfungsi dengan baik di jantung akan terbawa oleh aliran darah ke otak.

2.1.5 Manifestasi Klinis CVA Infark

Menurut (Gofir, 2009) Perjalanan klinis pasien dengan CVA Infark akan sebanding dengan tingkat penurunan aliran darah ke jaringan otak. Perjalanan klinis ini akan dapat mengklasifikasikan CVA infark menjadi 4, yaitu :

1. Transient ischemic attack (TIA), adalah suatu gangguan akut dan fungsi fokal serebral yang gejalanya berlangsung kurang dari 24 jam dan disebabkan oleh thrombus atau emboli. TIA ini tidak termasuk kedalam kategori CVA karena durasinya yang kurang dari 24 jam.

2. Reversible Ischemic Neurological (RIND)

Seperti juga pada TIA gejala neurologis dari RIND juga akan menghilang, hanya saja waktuberlangsung lebih lama, yaitu lebih dari 24 jam, bahkan sampai 21 hari. Jika pada TIA dokter jarang melihat sendiri peristiwanya, sehingga pada TIA diagnosis ditegakkan hanya berdasar keterangan pasien saja, maka pada RIND ini pada kemungkinan dokter dapat mengamati atau menyaksikan sendiri. Biasanya RIND membaik dalam waktu 24-48 jam. Sedangkan PRIND (*Prolonged Reversible Ischemic Neurological Deficit*) akan membaik dalam beberapa hari, maksimal 3-4 hari.

3. Stroke In Evolusion (prograssing stroke)

Pada bentuk ini gejala atau tanda neurologis fokal terus memburuk setelah 48 jam. Kelainan atau defisit neurologik yang timbul berlangsung secara bertahaap dari yang bersifat ringan menjadi lebih berat. Diagnosis *prograssing stroke* ditegakkan mungki karena dokter dapat mengamati

sendiri secara langsung atau berdasarkan atau keterangan pasien bila peristiwa sudah berlalu.

4. Complete Stroke Non-Haemorrhagic

Completed stroke diartikan bahwa kelainan neurologis yang ada sifatnya sudah menetap, tidak berkembang lagi. Kelainan neurologis yang muncul bermacam-macam, tergantung pada daerah otak mana yang mengalami infark.

2.1.6 Tanda dan Gejala

Menurut Wijaya (2013) yaitu :

1. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik, misalnya :

- a. Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
- b. Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)
- c. Menurunnya tonus otot abnormal.

2. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi, misalnya :

- a. Disartria, yaitu kesulitan bicara yang ditunjukkan dengan bicara yang dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- b. Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif atau represif. Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

3. Gangguan persepsi

- a. Homonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
- b. Amorfosis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi atau ruang yang sakit tersebut.
- c. Gangguan hubungan visual spasial, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial.
- d. Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan proprioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil, auditorius.

2.1.7 Faktor Resiko

Faktor resiko adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang membuat seseorang rentan terhadap serangan CVA Infark. Faktor resiko CVA Infark umumnya dibagi menjadi 2 kelompok besar sebagai berikut (Junaidi, 2011) :

1. Faktor resiko internal, yang tidak dapat dikontrol atau diubah atau dimodifikasi :
 - a. Umur: makin tua kejadian CVA Infark makin tinggi.
 - b. Ras atau suku bangsa: bangsa Afrika atau Negro, Jepang, dan Cina lebih sering terkena CVA Infark. Orang yang berwatak keras terbiasa cepat atau buru-buru, seperti orang Sumatra, Sulawesi, dan Madura rentan terserang CVA Infark.
 - c. Jenis kelamin: laki-laki lebih beresiko dibanding wanita.

- d. Riwayat keluarga (orang tua, saudara) yang pernah mengalami CVA Infark pada usia muda maka yang bersangkutan beresiko tinggi terkena CVA Infark.
2. Faktor resiko eksternal, yang dapat dikontrol atau diubah atau dimodifikasi :
 - a. Hipertensi.
 - b. Diabetes melitus atau kencing manis.
 - c. Transient ischemic attack (TIA) = serangan lumpuh sementara.
 - d. Fibrilasi atrial jantung.
 - e. Pasca CVA Infark. Mereka yang terserang CVA Infark.
 - f. Perokok (utamanya rokok sigaret).
 - g. Peminum alkohol.
 - h. Infeksi: virus dan bakteri.
 - i. Obat-obatan, misalnya obat kontrasepsi oral atau pil KB.
 - j. Obesitas atau kegemukan.
 - k. Kurang aktifitas fisik.
 - l. Stres fisik dan mental.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut Wijaya, 2013 :

1. Angiografi serebral
Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan obstruksi arteri, oklusi / ruptur.
2. Elektro encefalography
Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

3. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Kalsifikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

4. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis / aliran darah / aterosklerosis).

5. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

6. MRI

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada trombosis, emboli dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnois / perdarahan intrakranial.

7. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang luas.

8. Pemeriksaan laboratorium

a) Fungsi lumbal

Tekanan normal biasanya ada trombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intrakranial. Kadar

protein total meningkat pada kasus trombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

- b) Pemeriksaan darah rutin.
- c) Pemeriksaan kimia darah:

Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

2.1.9 Penatalaksanaan

Ada beberapa penatalaksanaan pada pasien dengan CVA infark (Muttaqin, 2008):

Untuk mengobati keadaan akut, berusaha menstabilkan TTV dengan :

- a. Mempertahankan saluran nafas yang paten
 - b. Kontrol tekanan darah
 - c. Merawat kandung kemih, tidak memakai kateter
 - d. Posisi yang tepat, posisi diubah tiap 2 jam, latihan gerak pasif.
1. Terapi Konservatif
 - a. Vasodilator untuk meningkatkan aliran serebral
 - b. Anti agregasi trombolis : aspirin untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma
 - c. Anti koagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain ke sistem kardiovaskuler
 - d. Bila terjadi peningkatan TIK, hal yang dilakukan:
 - 1) Hiperventilasi dengan ventilator sehingga PaCO₂ 30-35 mmHg
 - 2) Osmoterapi antara lain:

(a) Infus manitol 20% 100 ml atau 0,25-0,5 g/kg BB/ kali dalam waktu 15-30 menit, 4-6 kali/hari

(b) Infus gliserol 10% 250 ml dalam waktu 1 jam, 4 kali/hari.

- 3) Posisi kepala *head up* (15-30⁰)
- 4) Menghindari mengejan pada BAB
- 5) Hindari batuk
- 6) Meminimalkan lingkungan yang panas.

2. Rehabilitasi psikoterapi

Memantau dan menenangkan kondisi kejiwaan penderita stroke yang tentunya sudah dikacaukan oleh kenyataan bahwa kesembuhan yang mutlak memang tidak mungkin pada kasus ini, pasti ada sisa-sisa defek yang diakibatkan oleh serangan stroke.

3. Rehabilitasi fisioterapi

- a. Positioning
- b. Range of motion (ROM): Latihan pasif anggota gerak atas dan bawah, serta latihan gerak aktif atas dan bawah.
- c. Latihan keseimbangan
- d. Latihan activity of day living

4. Rehabilitasi sosioterapi

Dengan melatih cara berkomunikasi, misalnya menulis, mendengarkan radio dan sebagainya, serta melatih daya ingat klien.

2.1.10 Pencegahan CVA Infark

Pencegahan CVA infark (Wijaya, 2013):

1. Berhenti merokok, minum kopi dan alkohol.

2. Batasi makan garam atau lemak
3. Tingkatkan masukan kalium
4. Rajin berolahraga
5. Mengubah gaya hidupp
6. Menghindari obat-obat yang dapat meningkatkan tekanan darah.

2.1.11 Komplikasi (Wijaya, 2013)

1. Berhubungan dengan immobilisasi:
 - a. Infeksi pernafasan
 - b. Nyeri yang berhungan dengan daerah yang tertekan
 - c. Konstipasi
2. Berhungan dengan mobilisasi:
 - a. Nyeri pada daerah punggung
 - b. Dislokasi sendi
3. Berhubungan dengan kerusakan otak:
 - a. Epilepsi
 - b. Sakit Kepala
 - c. Kraniotomi
4. Hidrosefalus.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Menurut (Debora, 2011) Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien atau pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien atau klien dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan dan penilai tindakan keperawatan asuhan keperawatan diberikan dalam upaya memenuhi kebutuhan klien. Menurut A Maslow ada lima kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis meliputi oksigen, cairan, nutrisi, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta dan saling memiliki, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kiat-kiat keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan (Tinjauan Teori) pada kasus terpilih

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan (Debora, 2011). Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan.

(a) Pengumpulan Data

Diperoleh data dan informasi mengenai masalah kesehatan yang ada pada pasien sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi

masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, mental, sosial dan spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhinya (Debora, 2011). Data tersebut harus akurat dan mudah dianalisis. Jenis data antara lain data objektif yaitu data yang diperoleh melalui suatu pengukuran, pemeriksaan dan pengamatan, misalnya suhu tubuh, tekanan darah, serta warna kulit. Data subjektif yaitu data yang diperoleh dari keluhan yang dirasakan pasien atau dari keluarga pasien/saksi lain misalnya kepala pusing, nyeri dan mual. Dalam pengumpulan data ada urutan-urutan kegiatan yang dilakukan menurut (Wijaya, 2013) yaitu :

1) Identitas pasien

Biasanya dialami oleh usia tua, namun tidak menutup kemungkinan juga dapat dialami oleh usia muda, jenis kelamin dan juga ras juga dapat mempengaruhi.

2) Keluhan utama

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan kesadaran pasien.

3) Riwayat kesehatan sekarang

a. Kehilangan komunikasi : terjadi gangguan pada nerves IX, X, XII

(a) Nerves IX dan X : kemampuan menelan kurangbaik dan kesulitan membuka mulut.

(b) Nerves XII : lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan vasikulasi.

b. Gangguan persepsi : terjadi gangguan pada nerves II, VII

(a) Nerves II : disfungsi persepsi visual (homonimus hemianopsia) karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks

visual. Gangguan hubungan visual-spasia (mendapatkan hubungan dua atau lebih dalam area spasial).

(b) Nerves VII : persepsi pengecapian dalam batas normal, wajah A simetris dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat (amorfosintesis).

c. Kehilangan motorik : terjadi gangguan pada nerves III, IV, V, VI

(a) Nerves III, IV, VI : jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat nilateral di sisi yang sakit.

(b) Nerves V : pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

4) Riwayat kesehatan dahulu

- a. Adanya riwayat hipertensi
- b. Adanya riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embliisme serebral
- c. Adanya riwayat kolesterol
- d. Obesitas
- e. Riwayat DM
- f. Riwayat osteoklerosis
- g. Merokok
- h. Riwayat pemakaian kontrasepsi yang disertai hipertensi dan meningkatnya kadar estrogen
- i. Dan riwayat konsumsi alkohol.

5) Riwayat penyakit keluarga

Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke pada generasi terdahulu.

6) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga.

7) Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral, hiperlipidemia

b. Pola nutrisi dan metabolik

Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut atau peningkatan Tik, kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah, pipi dan tengkorak), disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah, kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), dan obesitas.

c. Pola eliminasi

Perubahan pola berkemih seperti : inkontinensia urin, anuria. Distensi abdomen (distesi bladder berlebih), bising usus negatif (ilius parolitik).

d. Pola aktivitas dan latihan

(a) Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia)

(b) Merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot)

- (c) Gangguan tonus otot (flaksid, spastik) dan terjadi kelemahan umum
- (d) Gangguan penglihatan
- (e) Gangguan tingkat kesadaran
- e. Pola tidur dan istirahat
Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot atau nyeri otot.
- f. Pola hubungan dan peran
Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.
- g. Pola persepsi dan konsep diri
Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan tidak kooperatif.
- h. Pola sensori dan kognitif
Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau keaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.
- i. Pola reproduksi dan seksual
Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi dan antagonis histamin.
- j. Pola penanggulangan stress
Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

8) Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan radiologi

(a) CT Scan: didapatkan hiperdens fokal, kadang-kadang masuk ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak, edema, hematoma, iskemia dan infark.

(b) MRI: untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik.

(c) Pemeriksaan foto thorax: dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.

b. Pemeriksaan laboratorium

(a) Pungsi lumbal: pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang warna kecil biasanya warna likour masih normal sewaktu hari-hari pertama . tekanan normal biasanya ada trombosis, emboli dan TIA.

(b) Pemeriksaan darah rutin.

(c) Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula drah mmencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

(d) Pemeriksaan darah lengkap : untuk mencari kelainan pada itu sendiri.

(b) Analisa data

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan (Debora, 2011).

(c) Perumusan masalah

Setelah analisa data dilakukan dapat dirumuskan beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut ada yang dapat diintervensi dengan asuhan keperawatan (masalah keperawatan) tetapi ada juga yang tidak dan lebih memerlukan tindakan medis. Selanjutnya disusun diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas. Prioritas masalah ditentukan berdasarkan kriteria penting dan segera. Penting mencakup kegawatan dan apabila tidak diatasi akan menimbulkan komplikasi sedangkan segera mencakup waktu misalnya pada pasien stroke yang tidak sadar maka tindakan harus segera dilakukan untuk mencegah komplikasi yang lebih parah atau kematian. Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan menurut Maslow yaitu keadaan yang mengancam kehidupan, keadaan yang mengancam kesehatan, persepsi tentang kesehatan dan keperawatan (Debora, 2011).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan oklusi otak.
2. Resiko peningkatan TIK berhubungan dengan edema otak.
3. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuscular.
4. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kelemahan tonus/kontrol otot fasial/oral.

2.3.3 Rencana Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan adalah desain spesifik untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil (Rohmah, 2009) : Merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan terorganisasi sehingga/ setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan yang di rumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang (Fransisca, 2008).

Rencana keperawatan dari diagnosa keperawatan diatas menurut Bulechek dan Nurarif adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan oklusi otak.

NOC :

- a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan ketidakefektifan perfusi jaringan otak.
- b. Kriteria hasil :
 - 1) Tekanan systol dan diastole dalam rentang yang diharapkan
 - 2) Tidak ada mual
 - 3) Tidak ada muntah

- 4) Tidak ada nyeri kepala
- 5) Pasien tidak gelisah.

NIC :

- 1) Monitor status neurologis

Rasional : untuk mengetahui kesadaran pasien

- 2) Monitor tekanan perfusi serebral

Rasional : deteksi dini peningkatan perfusi serebral untuk melakukan tindakan lebih lanjut

- 3) Tinggikan kepala tempat tidur 15-30° dan monitor respon pasien terhadap posisi kepala

Rasional : dapat membantu mengurangi edema serebral

- 4) Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung

Rasional : stimulus/aktivitas yang kontinu dapat meningkatkan TIK

- 5) Monitor tanda-tanda over load cairan (misalnya ronchi, edema dan peningkatan sekresi paru)

Rasional : mengetahui kebutuhan cairan yang harus diberikan

- 6) Observasi tanda-tanda vital

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien

- 7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan

(a) Anti hipertensi

Rasional : Untuk menurunkan tekanan darah

(b) Anti koagulan

Rasional : Mencegah terjadinya trombus.

2. Resiko peningkatan TIK berhubungan dengan edema otak.

NOC :

a. Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien tidak mengalami peningkatan TIK.

b. Kriteria Hasil :

Tidak terdapat tanda peningkatan tekanan intra kranial =

- 1) Peningkatan tekanan darah
- 2) Nadi meningkat
- 3) Muntah
- 4) Sakit kepala berat.

NIC :

1) Pantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah

Rasional : Deteksi dini peningkatan TIK untuk melakukan tindakan lebih lanjut

2) Perhatikan kejadian yang merangsang terjadinya perubahan bentuk gelombang TIK

Rasional : Untuk mengetahui nilai dari tekanan intrakranial

3) Tinggikan kepala tempat tidur 15-30° kecuali ada kontak indikasi, hindari mengubah posisi dengan cepat

Rasioanl : Dapat membantu mengurangi edema serebral

4) Hindari hal-hal berikut :

(a) Masase kepala

Rasional : Memperlambat frekuensi jantung dan mengurangi sirkulasi sistemik dalam peningkatan sirkulasi secara tiba-tiba

(b) Fleksi leher atau rotasi kurang dari 45°

Rasional : Fleksi atau rotasi leher mengganggu cairan cerebrospinal dari rongga intra kranial

5) Konsul dokter untuk mendapatkan pelunak feses jika diperlukan

Rasional : Mencegah konstipasi dan mengedan yang menimbulkan

6) Pertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup

Rasional : Meningkatkan istirahat dan menurunkan rangsangan membantu menurunkan TIK.

7) Berikan obat-obatan sesuai dengan kegunaan :

(a) Anti hipertensi

Rasional : Untuk menurunkan tekanan darah.

(b) Anti koagulan

Rasional : Mencegah terjadinya trombus.

(c) Terapi intra vena pengganti cairan dan elektrolit

Rasional : Mencegah defisit cairan.

(d) Roborantia

Rasional : Untuk meningkatkan daya tahan tubuh.

(e) Analgetika

Rasional : Untuk mengurangi nyeri.

(f) Vasodilator perifer

Rasional : Agar memperbaiki sirkulasi darah otak.

3.Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuscular.

NOC :

a. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan joint movement active (gerakan aktif).

b. Kriteria hasil :

- 1) Pasien mengikuti dalam aktivitas fisik
- 2) Mempertahankan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan bergerak
- 3) Mempergunakan alat bantu untuk mobilisasi

NIC :

- 1) Monitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat gerakan pasien saat melakukan latihan

Rasional :

- 2) Kaji kemampuan pada pasien mobilisasi

Rasional : mengidentifikasi kekuatan/kelemahan otot

- 3) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kehidupan

Rasional : melatih pasien mandiri

- 4) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi

Rasional : menghindari pasien cedera

- 5) Berikan alat bantu jika pasien memerlukan

Rasional : membantu proses mobilisasi

- 6) Ajarkan pasien bagaimana cara merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

Rasional : menghindari pasien lecet dan jatuh.

4. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kelemahan tonus/kontrol otot fasial/oral.

NOC :

a. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan coplag sensory function : unreaag n vision (mempunyai koping untuk penglihatan dan pendengaran).

b. Kriteria Hasil :

- 1) Komunikasi : lisan, tulisan
- 2) Mampu menghindari gerakan dalam menggunakan isyarat
- 3) Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan
- 4) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial.

NIC :

- 1) Konsultasikan dengan dokter untuk terapi wicara

Rasional : mengembalikan kemampuan verbal , sensori motorik dan fungsi kognitif

- 2) Dorong pasien untuk komunikasi secara perlahan dan waktu mengulangi permintaan

Rasional : untuk menguji afasia reseptif

- 3) Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional : membantu memperjelas kata-kata

- 4) Berdiri di depan pasien ketika pasien berbicara

Rasioanal : menurunkan isolasi sosial

- 5) Observasi tanda-tanda vital

Respon : untuk mengetahui perkembangan pasien

- 6) Gunakan kertas, pensil, gambar untuk memfasilitasi dan arah yang optimal

Rasioanal : menguji kemampuan menulis, membaca yang juga merupakan bagian dari afasia reseptif atau ekspresif.

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Debora, 2011)

Adapun tahap- tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tahap 1: persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

2. Tahap 2: intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen dan interdependen.

3. Tahap 3: dokumentasi

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

2.3.5 Evaluasi

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya (Debora, 2011) Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut :

1. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan kriteria/ rencana yang telah disusun.
2. Hasil tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah dirumuskan dalam rencana evaluasi.

Hasil evaluasi terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- 1) Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan/kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara mengatasinya.
- 3) Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepadapasien, seluruh tindakannya harus didokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

2.3.6 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Debora, 2011). Juga menjelaskan tentang tujuan dalam pendokumentasian yaitu:

1. Komunikasi

Sebagai cara bagi tim kesehatan untuk mengkomunikasikan (menjelaskan) perawatan klien termasuk perawatan individual, edukasi klien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan.

2. Tagihan finansial

Dokumentasi dapat menjelaskan sejauhmana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi (reimburse) atas pelayanan yang diberikan bagi klien.

3. Edukasi

Dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan klien

4. Pengkajian

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnosa keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai.

5. Riset

Perawat dapat menggunakan catatan klien selama studi riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu.

6. Audit dan pemantauan

Tinjauan teratur tentang informasi pada catatan klien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan dalam suatu institusi.

7. Dokumentasi legal

Pendokumentasian yang akurat adalah salah satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan. Dokumentasi penting untuk meningkatkan efisiensi dan perawatan klien secara individual.

Ada enam penting dalam dokumentasi keperawatan yaitu:

1) Dasar faktual

Informasi tentang klien dan perawatannya harus berdasarkan fakta yaitu apa yang perawat lihat, dengar dan rasakan.

2) Keakuratan

Catatan klien harus akurat sehingga dokumentasi yang tepat dapat dipertahankan klien.

3) Keterkinian memasukan data secara tepat waktu penting dalam perawatan bersama klien.

4) Organisasi

Perawat mengkomunikasikan informasi dalam format atau urutan yang logis. Contoh catatan secara teratur menggambarkan nyeri klien, pengkajian dan intervensi perawat dan dokter.

5) Kerahasiaan

Informasi yang diberikan oleh seseorang ke orang lain dengan kepercayaan dan keyakinan bahwa informasi tersebut tidak akan dibocorkan.

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan dan bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir/kenaikan pangkat. Selain itu dokumentasi keperawatan juga dapat menggambarkan tentang kinerja seorang perawat.