

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Stroke atau cedera serebrovaskuler CVA merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Suddarth, 2013). Menurut *World Health Organization* (WHO) stroke adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun global, yang berlangsung dengan cepat dan lebih dari 24 jam atau berakhir dengan kematian tanpa ditemukannya penyakit selain daripada gangguan vaskular. Stroke adalah penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak karena kerusakan atau kematian jaringan otak akibat berkurang atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak. Aliran darah ke otak dapat berkurang karena pembuluh darah otak mengalami penyempitan, penyumbatan, atau perdarahan karena pecahnya pembuluh darah tersebut (Lily & Catur, 2016).

2. Klasifikasi

Menurut LeMone et al. (2016) dan Brunner & Suddarth (2014), stroke diklasifikasikan menjadi:

a. Stroke iskemik

Sumbatan dapat terjadi dari bekuan darah (trombus maupun embolus) atau stenosis pembuluh darah akibat plak. Sumbatan

pembuluh darah besar biasanya akibat trombus. Stroke pembuluh darah kecil hingga sangat kecil menimbulkan infark di pembuluh dalam. Klasifikasi dibedakan menurut perjalanan penyakit atau stadiumnya :

- 1) Serangan Iskemik Transien (*Transient ischemic attack*, TIA), terkadang disebut stroke kecil karena periode iskemik singkat, terlokalisasi dan secara klinis kembali normal dalam kurun waktu kurang dari 24 jam.
- 2) Stroke Pembuluh Darah Besar (Trombosis), disebabkan oleh oklusi trombus pada pembuluh darah serebral besar dan sering terjadi pada lansia yang istirahat/tidur dikarenakan menurunnya tekanan darah. Stroke ini biasanya mengenai arteri serebral tunggal yang menyuplai korteks serebral, menyebabkan afasia, sindrom pengabaian, dan hemianopia.
- 3) Stroke Pembuluh Darah Kecil (Infark Lakunar), terjadi di bagian terdalam otak atau batang otak dari oklusi cabang kecil arteri serebral besar. Manifestasi mencakup hemiplegia dan disartria.
- 4) Stroke Embolik Kardiogenik, terjadi ketika bekuan darah dari fibrilasi atrial, trombi ventrikel, infark miokard, penyakit jantung kongestif, aterosklerosis masuk dan menyumbat sistem sirkulasi serebral.

b. Stroke hemoragic

Perdarahan jaringan otak sering terjadi pada pasien hipertensi dan aterosklerosis serebral yang mengakibatkan ruptur pembuluh darah. Perdarahan dapat terjadi akibat patologi arteri, tumor otak dan penggunaan obat seperti antikoagulan oral. Perdarahan sering terjadi pada lobus serebral, basal ganglia, talamus, pons, dan serebelum (Hickey dalam Brunner & Suddarth, 2014).

Klasifikasi stroke hemoragik, antara lain:

- 1) Perdarahan Intraserebral, merupakan dilatasi dinding arteri serebral yang berisiko mudah rapuh. Penyebab aneurisma belum diketahui pasti, namun mungkin disebabkan oleh aterosklerosis.
- 2) Perdarahan Sub Arakhnoid (PSA), merupakan perdarahan dalam ruang subaraknoid) berasal dari AVM (*Arteriovenous Malformations*), aneurisma intrakranial, trauma atau hipertensi. Penyebab tersering adalah pecahnya aneurisma pada sekitar sirkulasi Willis.

3. Etiologi

Menurut Fransisca (2011), penyebab stroke adalah pecahnya pembuluh darah di otak atau terjadinya thrombosis dan emboli. Gumpalan darah akan masuk kealiran darah sebagai akibat dari penyakit lain atau karena adanya bagian otak yang cedera dan menyumbat arteri otak, akibatnya fungsi otak berhenti dan menjadi penurunan fungsi otak.

Stroke menurut Smeltzer & Bare (2002), biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian, yaitu:

- 1) Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama trombosis, yang adalah penyebab paling umum dari stroke.
 - 2) Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral.
 - 3) Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.
 - 4) Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif.
4. Faktor Risiko

Arboix (2015) menjelaskan faktor risiko yang dapat dimodifikasi, antara lain :

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama penyakit serebrovaskular. Seseorang dengan hipertensi berisiko 4 kali lebih

besar terhadap stroke. Pengaruh hipertensi kronis pada pembuluh darah dan jaringan juga mendukung fisiopatologis stroke.

2) Penyakit jantung

Fibrilasi atrium (FA) merupakan bentuk gangguan irama jantung, yang sering disebut aritmia. Ketidakteraturan denyut jantung yang berbahaya ini menyebabkan ruang atas jantung (atrium) bergetar dan tidak berdenyut sebagaimana mestinya, sehingga darah tidak terpompa sepenuhnya, menyebabkan penggumpalan darah. Gumpalan ini bila terbawa ke otak, menyumbat dan mengganggu pasokan darah ke otak. Seseorang dengan aritmia berisiko 2-4% per tahun mengalami stroke.

3) Diabetes mellitus

Dislipidemia, hipertensi dan obesitas merupakan faktor risiko aterogenik yang sering ditemukan pada pasien DM tipe 2. Kombinasi hiperkolesterolemia dan hipertensi meningkatkan frekuensi komplikasi vaskular pada pasien diabetes.

4) Merokok

Perokok aktif berisiko 2 kali lebih besar mengalami stroke iskemik. Merokok akan meningkatkan pembentukan thrombus pada pembuluh darah kecil dan plak. Merokok meningkatkan kekentalan darah, fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan HDL (*high density lipoprotein*) yang akan merusak endotelium dan meningkatkan tekanan darah.

5) Sindrom metabolik

Sindrom metabolik terjadi apabila ditemukan 3 atau lebih keadaan berikut : (1) Obesitas, bila lingkar pinggang lebih dari 102 cm pada pria dan lebih dari 88 cm pada wanita; (2) Trigliserida lebih dari atau sama dengan 150 mg/dL; (3) Kolesterol HDL kurang dari 40 mg/dL untuk pria dan kurang dari 50 mg/dL untuk wanita; (4) Tekanan darah lebih dari atau sama dengan 130/85 mmHg; dan (5) Gula darah puasa (GDP) lebih dari atau sama dengan 110 mg/dL.

6) Migrain

Terjadi penurunan aliran darah pada area posterior. Pada pemeriksaan lab, terjadi peningkatan platelet-leukosit agregasi dan risiko pembentukan emboli bila menyumbat pembuluh darah kecil di otak menyebabkan hipoksia jaringan bahkan nekrosis jaringan.

7) Obesitas

Seseorang dengan BMI lebih dari atau sama dengan 30 kg/m² dikategorikan obesitas karena ketidakseimbangan jumlah kalori dengan proses metabolik tubuh yang meningkatkan risiko resistensi insulin dan penyakit vaskuler lainnya.

8) Penyalahgunaan obat (narkoba)

Termasuk heroin, kokain, amphetamine teridentifikasi berisiko menyebabkan stroke dengan mekanisme peningkatan tekanan darah, platelet agregasi dan viskositas darah.

9) Penyalahgunaan alkohol

Penggunaan alkohol (lebih dari 60 g/d) meningkatkan risiko 1,6 kali terjadinya stroke iskemik dan 2,18 kali stroke hemoragik. Etanol merupakan neurotoksin yang mempercepat proses neurodegeneratif termasuk demensia.

10) Hiperkolesterol

Penelitian menunjukkan bahwa makanan kaya lemak jenuh dan kolesterol dapat berpengaruh pada pembentukan aterosklerosis. Nilai kolesterol total lebih dari 240-270 mg/dL meningkatkan risiko terjadinya stroke iskemik.

11) Penggunaan kontrasepsi oral

Stroke juga dapat terjadi pada wanita pengguna kontrasepsi oral (estrogen dosis rendah) diatas usia 35 tahun, perokok aktif, dengan hipertensi, diabetes, sakit kepala, riwayat tromboemboli.

Menurut Black & Hawks (2014), faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain :

1) Usia

Penuaan adalah salah satu dari faktor risiko signifikan dari stroke. Risiko menjadi dua kali lipat untuk setiap dekade setelah usia 55 tahun, dan dua pertiga kejadian stroke terjadi pada usia lebih dari 65 tahun (lansia).

2) Jenis kelamin

Kejadian stroke lebih tinggi pada pria dibandingkan pada wanita, yaitu (133:99/100.000 orang pertahun). Namun, tidak menutup kemungkinan wanita juga bisa terkena stroke.

3) Riwayat orangtua dengan stroke

Serangan TIA sebelumnya, juga meningkatkan risiko terjadinya stroke. Framingham Heart Study menyatakan anak dari orangtua yang pernah mengalami stroke berisiko tiga kali untuk menderita stroke.

4) Suku dan ras

Orang hispanik berisiko dua kali lipat risiko mengalami stroke seperti orang kulit putih. Sementara di Indonesia, suku Jawa banyak menderita stroke hal ini dilihat pada jumlah penderita stroke tertinggi berada di pulau Jawa.

5. Manifestasi Klinis

Jenis stroke yang berbeda bisa menyebabkan gejala yang sama karena masing-masing mempengaruhi aliran darah di otak. Satu-satunya cara untuk menentukan jenis stroke yang mungkin dihadapi adalah dengan mendapatkan pertolongan medis seperti dilakukan CT-Scan untuk membaca keadaan otak.

National Stroke Association merekomendasikan metode FAST untuk membantu mengidentifikasi tanda dan gejala stroke

- a. F (*face/wajah*) saat tersenyum, apakah satu sisi wajah turun kebawah (senyum mencong) / ada rasa baal disekitar mulut?
- b. A (*arms/lengan*) bila mengakat kedua lengan, apakah satu lengan terkulai lemas jatuh kebawah?
- c. S (*speech/bicara*) apakah ucapan tidak jelas, suara pelo/parau/cadel/sengau, apakah ada perubahan dari volume suara, apakah sulit untuk bicara.
- d. T (*time/waktu*) jika mengalami gejala ini segera pergi ke rumah sakit terdekat, hal ini diperlukan agar dapat menerima perawatan di unit stroke rumah sakit dalam waktu 3 jam sejak kedatangan.

Manifestasi klinis pasien stroke beragam tergantung dari daerah yang terkena dan luasnya kerusakan jaringan serebral. Manifestasi yang umumnya terjadi yaitu kelemahan alat gerak, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan komunikasi, sakit kepala, dan gangguan keseimbangan. Tanda dan gejala ini biasanya terjadi secara mendadak, fokal, dan mengenai satu sisi (LeMone, 2015).

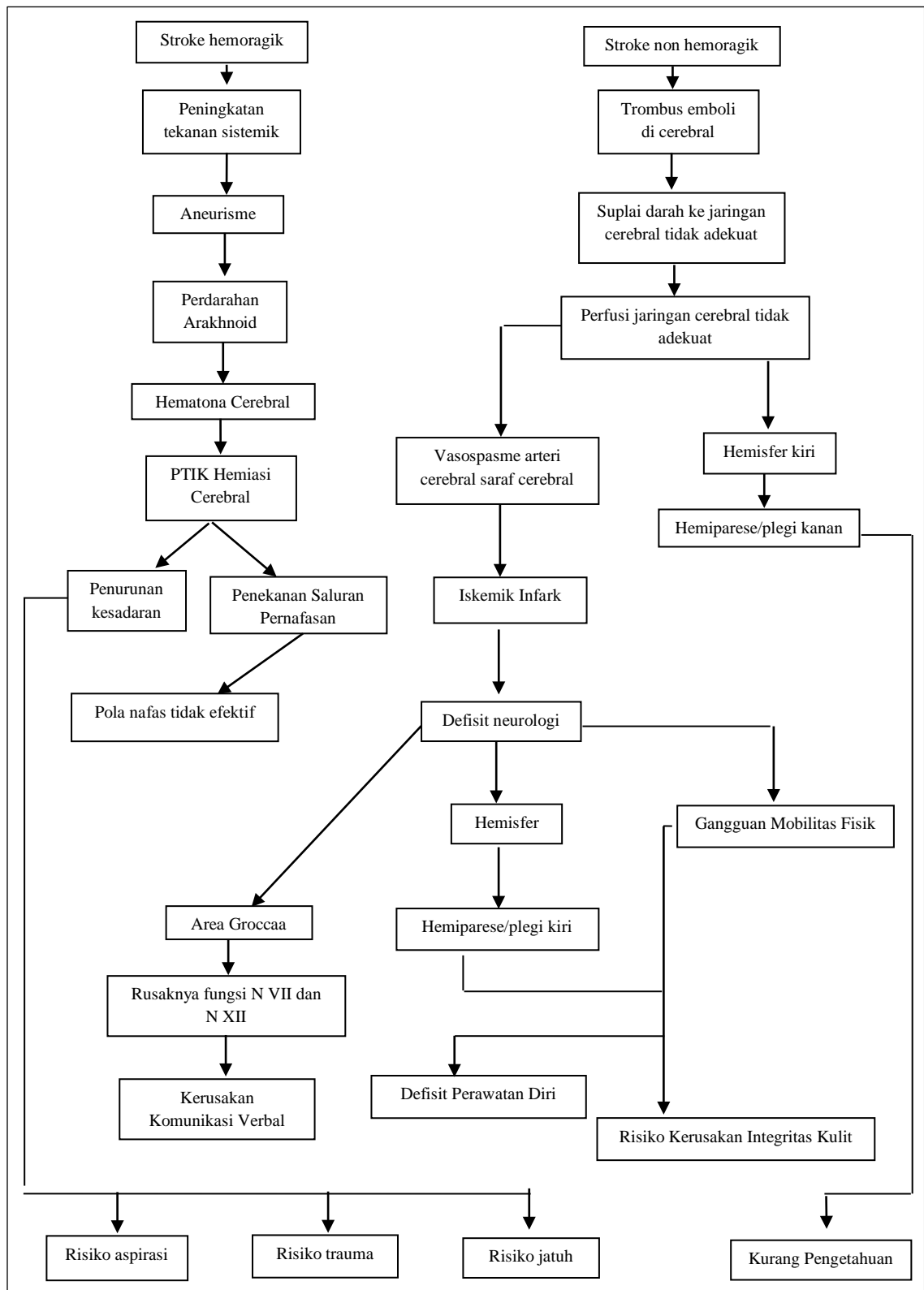
Tanda dan gejala umum mencakup kebas atau kelemahan pada wajah, lengan, atau kaki (terutama pada satu sisi tubuh); kebingungan/konfusi atau perubahan status mental; sulit berbicara atau memahami pembicaraan; gangguan visual; kehilangan keseimbangan, pening, kesulitan berjalan; atau sakit kepala berat secara mendadak (Brunner & Suddarth, 2013)

5. Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan lokal atau karena gangguan umum. Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (Wijaya & Putri 2013).

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. 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. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hernisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak (Wijaya & Putri 2013).

6. Pathway



(Sumber: Muttaqin. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: EGC)

7. Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

a. Bekuan darah (Trombosis)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

b. Dekubitus

Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.

c. Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

d. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

e. Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

8. Penatalaksanaan Stroke

a. Fase akut

Fase akut stroke berakhir 48 sampai 72 jam. Pasien yang koma pada saat masuk dipertimbangkan memiliki prognosis buruk. Sebaliknya pasien sadar penuh mempunyai prognosis yang lebih dapat diharapkan. Prioritas dalam fase akut ini adalah mempertahankan jalan nafas dan ventilasi yang baik (Smeltzer dan Bare, 2012).

b. Fase rehabilitasi

Fase rehabilitasi stroke adalah fase pemulihan pada kondisi sebelum stroke. Program pada fase ini bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fungsional pasien stroke, sehingga mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari adekuat (Smeltzer dan Bare, 2012).

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wijaya & Putri (2013), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut:

a. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

b. Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada caespiratori ratean lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

c. CT scan.

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi henatoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

d. MRI

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

e. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

f. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data-data akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada. Untuk melakukan tahap pertama ataupun langkah pertama ini diperlukan pengetahuan dan kemampuan yang harus dimiliki seorang perawat diantaranya pengetahuan tentang kebutuhan atau system biopsikososial dan spiritual bagi manusia yang memandang manusia dari aspek biologis, psikologis, social dan tinjauan dari aspek spiritual.

- a. Identitas pasien, meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomer register, diagnosa medis
- b. Keluhan utama, biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo dan tidak dapat komunikasi
- c. Riwayat penyakit sekarang, serangan stroke sering kali berlangsung mendadak, pada saat pasien melakukan aktivitas, biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, kejang sampai tidak sadar, disamping

gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

- d. Riwayat penyakit dahulu, adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, obat-obatan adiktif, kegemukan
- e. Riwayat penyakit keluarga, biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi atau diabetes mellitus
- f. Riwayat psikososial, faktor biaya mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga
- g. Pola-pola fungsi kesehatan
 - 1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat, biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral.
 - 2) Pola nutrisi dan metabolisme, adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah fase akut.
 - 3) Pola eliminasi, biasanya terjadi inkontensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.
 - 4) Pola aktivitas dan latihan, adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise, atau hemiplegi, mudah lelah
 - 5) Pola tidur dan istirahat, biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat, karena kejang otot atau nyeri otot

- 6) Pola hubungan dan peran, adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara
- 7) Pola persepsi dan konsep diri, pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah tidak kooperatif
- 8) Pola sensori dan kognitif, pasien mengalami gangguan penglihatan, keaburan pandangan, perabaan atau sentuhan, pola kognitif penurunan memori
- 9) Pola penanggulangan stress, pasien kesulitan mengatasi masalah gangguan proses berfikir, kesulitan berkomunikasi
- 10) Pola tata nilai dan kepercayaan, Pasien jarang melakukan ibadah karena tingkah laku tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

2. Analisis Data

Menurut Setiadi (2012), Analisis data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien.

3. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dalam proses keperawatan setelah melakukan pengkajian keperawatan dan pengumpulan data hasil pengkajian. Komponen diagnosa keperawatan

menurut PPNI terdiri dari masalah (P), etiologi atau penyebab (E) dan tanda atau gejala (S), atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE).

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan stroke berdasarkan SDKI PPNI 2017 yaitu:

- a. Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran (D.0006)

Menurut Tim Pokja (SDKI DPP PPNI 2017) risiko aspirasi adalah risiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas. Beberapa faktor risikonya yaitu penurunan tingkat kesadaran, penurunan refleks muntah dan / atau batuk, gangguan menelan, disfagia, kerusakan mobilitas fisik, serta peningkatan residu lambung.

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark cerebri (D.0017)

Risiko perfusi serebral tidak efektif merupakan kondisi berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Adapun beberapa faktor risiko perfusi serebral tidak efektif adalah arterosklerosis aorta, tumor otak, embolisme, cedera kepala, dan hipertensi.

c. Risiko Syok berhubungan dengan hipoksia (D.0039)

Definisi risiko syok yaitu berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang dapat mengancam jiwa. Faktor risikonya yaitu antara lain hipoksemia, hipoksia, hipotensi, kekurangan volume cairan, sepsis, dan sindrom respons inflamasi sistemik. Kondisi klinis terkait ; perdarahan, trauma multipel, pneumothoraks, infark miokard, kardiomiopati, cedera medula spinalis, anafilaksis, sepsis, koagulasi intravaskuler disemena, dan SIRS.

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Beberapa faktor resiko antarlain yaitu penurunan kekuatan otot, gangguan neuromuskular, kekakuan sendi, serta program pembatasan gerak (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gejala dan tanda mayor ; Subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan tanda minor; Subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak. Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

- e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular (D.0063)

Gangguan menelan merupakan fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus. Faktor risikonya yaitu gangguan serebrovaskular, gangguan saraf kranialis, paralisis serebral, akalasia, abnormalitas laring, dan abnormalitas orofaring.

Gejala dan tanda mayor; Subjektif: mengeleuh sulit menelan. Objektif: batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut. Gejala dan tanda minor; Subjektif: menolak makan. Objektif: bolus masuk terlalu cepat, refluks nasal, tidak mampu membersihkan rongga mulut, makanan jatug dari mulut, makanan terdorong keluar dari mulut, sulit mengunyah, muntah sebelum menelan, bolus terbentuk lama, waktu makan lama, porsi makan tidak habis, fase oral abnormal, mengiler.

- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0109)

Definisi defisit perawatan diri yaitu tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Penyebabnya yaitu gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis dan/atau psikotik, penurunan motivasi/minat.

Gejala dan tanda mayor; Subjektif: menolak melakukan perawatan diri. Objektif: tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang. Gejala dan tanda minor:-

- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

Defisit pengetahuan merupakan ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Beberapa penyebabnya yaitu leteratasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

Gejala dan tanda mayor; Subjektif: -. Objektif : menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran dan menunjukkan presepsi yang keliru terhadap masalah. Gejala dan tanda minor : menjalani pemeriksaan yang tepat dan menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi,histeria).

- h. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0119)

Gangguan komunikasi verbal erupakan penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sisitem simbol. Penyebabnya meliputi penurunan sirkulasi sereberal, gangguan

neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan muskuloskeletal, dan kelaian pelatum.

Gejala dan tanda minor; Subjektif:-. Objektif: tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai.

Gejala dan tanda minor; Subjektif:-. Objektif: afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disatria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbaliasai tidak tepat, sulit mengungkapkan kata- kata.

- i. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0129)

Definisi gangguan integritas kulit yaitu kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen. Faktor risikonya yaitu perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kelebihan/kekurangan volume cairan, penurunan mobilitas, dan bahan kimia iritatif.

Gejala dan tanda mayor; Subjektif: -. Objektif: kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit. Gejala dan tanda minor; Subjektif:-. Objektif: nyeri, perdarahan, kemerahan, hermatoma.

- j. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0142)

Risiko jatuh didefinisikan berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Adapun faktor risikonya yaitu lingkungan tidak aman, kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus), neuropati, efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anestesi umum)

4. Perencanaan

Menurut Kozier, et al (2010), intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengelompokkan seperti bagaimana, kapan, di mana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua, yaitu: mandiri (dilakukan oleh perawat) dan kolaboratif (yang dilakukan bersama dengan pemberi perawatan lainnya)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran (D.0006)	Setelah dilakukan tindakan diharapkan tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kemampuan menelan meningkat 3. Kelemahan otot menurun	1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 2. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar 3. Berikan obat oral dalam bentuk cair 4. Anjurkan makan secara perlahan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		4. Gelisah menurun 5. Frekuensi napas membaik (L.01006)	(I.14356)
2.	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark cerebri (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Tekanan intra kranial menurun 4. Sakit kepala menurun 5. Kesadaran membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Refleks syaraf membaik (L.02014)	1. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh 2. Dokumentasikan hasil pemantauan 3. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> (I.02060)
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan diharapkan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kaku sendi menurun 5. Kelemahan fisik menurun (L.05042)	1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (I.05173)
3.	Risiko syok berhubungan dengan hipoksia (D.0039)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat syok meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi	1. Manajemen kesadaran 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi 3. Anjurkan melapor jika menemukan/meraasakan tanda dan gejala awal

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		meningkatkan kesadaran 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Tekanan darah membaik (L.03032)	syok (I.02068)
4.	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular (D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan menelan pasien dapat menurun dengan kriteria hasil : 1. Status menelan membaik (L.06052)	1. Monitor kemampuan menelan 2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3. Sediakan sedotan untuk minum, <i>sesuai kebutuhan</i> 4. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, <i>jika perlu</i> 5. Kolaborasi pemberian obat, jika perlu (I.11351)
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat (L.11103)	1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik 5. Siapkan keperluan pribadi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri 9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (I.11348)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
5.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 6. Perilaku membaik (L12111)	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Jelaskan penanganan masalah kesehatan 4. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan (I.12435)
6.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara meningkat (L.13118)	1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara. 2. Gunakan metode komunikasi alternatif 3. Anjurkan berbicara perlahan 4. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis (I.13491)
7.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit/ jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Perfusi jaringan meningkat 2. Kerusakan jaringan menurun 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Nyeri menurun 5. Kemerahan menurun	1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, <i>jika perlu</i> 4. Anjurkan menggunakan pelembab 5. Anjurkan minum air yang cukup (I.11353)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
8.	Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan risiko jatuh pasien dapat menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat di kamar mandi menurun (L.14138)	1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya 3. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam posisi terkunci 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien 6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah (I.14540)

4. Pelaksanaan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry, 2010). Menurut Meirisa (2013), evaluasi merupakan tahap akhir yang

bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah.

C. Dokumentasi Keperawatan

1. Pengertian

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum

2. Manfaat

Manfaat pentingnya dokumentasi keperawatan adalah dapat digunakan sebagai bukti persidangan, gambaran kinerja pelayanan kesehatan yang diberikan, acuan dalam pendidikan tinggi keperawatan serta merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan status pelayanan suatu institusi pelayanan kesehatan. (Wahid dkk, 2012).

3. Tujuan

Berdasarkan penjelasan Ali (2010) tujuan dokumentasi asuhan keperawatan keperawatan yaitu :

- a. Menghindari kesalahan, tumpang tindih, dan ketidaklengkapan informasi dalam asuhan keperawatan.
- b. Terbinanya koordinasi yang baik dan dinamis antara sesama atau dengan pihak lain melalui dokumentasi keperawatan yang efektif.
- c. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas tenaga keperawatan.

- d. Terjaminnya kualitas asuhan keperawatan.
- e. Tersedianya perawat dari suatu keadaan yang memerlukan penanganan secara hukum.
- f. Tersedianya data-data dalam penyelenggaraan penelitian karya ilmiah, pendidikan, dan penyusunan/penyempurnaan standar asuhan keperawatan.
- g. Melindungi klien dari tindakan malpraktek.

4. Prinsip

Dokumentasi keperawatan mempunyai 3 prinsip yaitu: Brevity, Legibility, dan Accuracy. Prinsip-prinsip tersebut di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Brevity

Dalam melakukan pendokumentasian setiap petugas/perawat harus brevity. Brevity adalah ringkas, jadi dalam mencatat isi dokumentasi keperawatan harus ringkas dan tidak perlu memasukan kata-kata atau kalimat yang tidak penting dan mempunyai makna yang tidak sesuai.

b. Legibility

Legibility yaitu dimana dalam penulisan/pencatatan dokumentasi keperawatan harus mudah dibaca dan di pahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses pendokumentasian.

c. Accuracy

Accuracy adalah sesuai dengan data yang ada pada klien. Data yang dimasukkan pada dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data baik identitas, laboratorium dan radiologi pada setiap klien.