

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang dapat menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Sudoyo, 2014). Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan suatu infark serebrum. (Hardhi & Amin, 2015). Stroke merupakan istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan suatu gangguan neurologis yang disebabkan terputusnya aliran darah ke sebagian otak (Black & Hawks, 2009). Kejadian stroke sebagian besar dialami oleh kaum laki – laki dari pada wanita (selisih 19% lebih tinggi) dan usia yang terserang stroke umumnya diatas 55 tahun (Padila, 2012).

Stroke hemoragik adalah disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau ke dalam ruang subarakhnoid yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak disebut hemoragia subarakhnoid. (Ifrah, 2012)

2. Etiologi

Pecahnya pembuluh darah di otak sebagian besar diakibatkan oleh rendahnya kualitas pembuluh darah otak. Sehingga dengan adanya

tekanan darah yang tinggi pembuluh darah mudah pecah dan mengakibatkan stroke (Padila,2012).

Stroke dibagi menjadi 2 jenis yaitu , stroke iskemik dan stroke hemoragik.

- a. Stroke Iskemik (non hemoragic) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang dapat menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah stroke iskemik. (Hardhi & Amin, 2015)

Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis yaitu :

- 1) Trombotik (adanya pembekuan darah didalam pembuluh darah yang ada di otak atau leher).
 - 2) Embolik serebral (pembekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari suatu bagian tubuh yang lain).
 - 3) Hipoperfusion sistemik (suatu penurunan aliran darah yang menyuplai seluruh bagian tubuh)
- b. Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak.

(Hardhi & Amin, 2015)

Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoragik dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

- 1) Hemoragik intraserebral (pecahnya suatu pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang yang ada disekeliling otak) .

- 2) Hemoragik Subarakonid (perdarahan yang terjadi pada ruang subarakonid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak)). Amin & Hardhi, 2015)

Akibatnya adalah berhentinya suplai darah yang ke otak , yang dapat menyebabkan kehilangan sementara atau permanen suatu gerakan, berpikir, memori bicara atau sensasi.

Etiologi stroke. (Hardhi & Amin, 2015)

a) Thrombosis Cerebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah trombosis. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak.

b) Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan suatu proses dimana terdapat suatu penebalan dan pengerasan arteri besar dan menengah seperti koronaria, basilar, aorta dan arteri iliaka.

Ateroklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

Manifestasi klinis Aterosklerosis bermacam- macam.

Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut :

- 1) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah.
- 2) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis.
- 3) Merupakan tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus (embolus)
- 4) Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

Oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral.

Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10- 30 detik. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menimbulkan emboli :

- a) Katup – katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Disease (RHD)

b) Fibrilasi, keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan vertikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu – waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolis – embolis kecil.

c) Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan – gumpalan pada endocardium.

1. Haemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena arteriosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembasan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

2. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah

- a. Hipertensi yang parah
- b. Cardiac Pulmonary Arrest

c. Cardiac output turun akibat aritmia

3. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah:

- a. Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subarachonid.
- b. Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain.

c) Faktor Resiko

Menurut (Rosjidi, 2014)

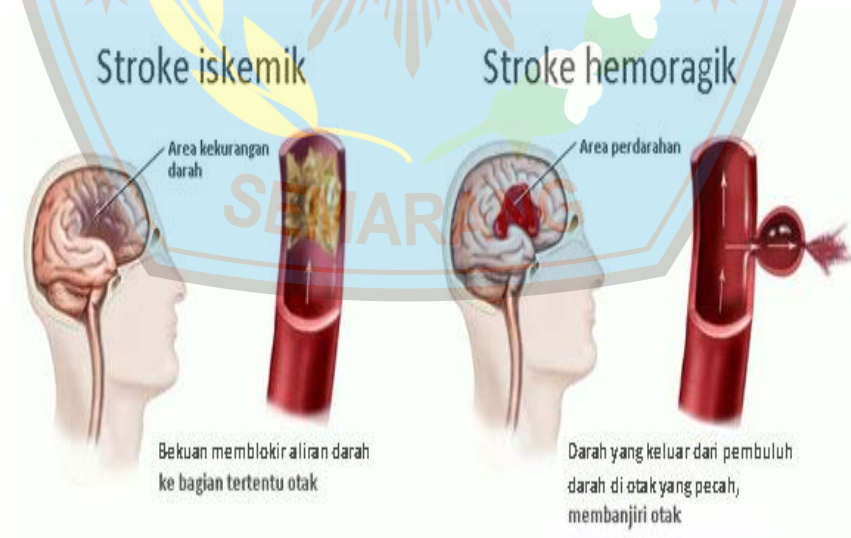
- 1) Hipertensi, tekanan darah terdiri dua komponen yaitu sistolik dan diastolik. Hipertensi merupakan faktor resiko utama, hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya atau menyempitnya pembuluh darah otak.
- 2) Diabetes Melitus, akan berakibat menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Penebalan ini akan berakibat terjadinya penyempitan lumen pembuluh darah sehingga akan mengganggu aliran darah serebra dengan akibat terjadinya iskemia dan infark.
- 3) Hiperkolesterolemi, meningkatnya atau meningkatnya kadar kolesterol dalam darah, terutama LDL (low density lipoprotein), merupakan faktor resiko penting terjadinya aterosklerosis.

- 4) Merokok, dapat meningkatkan resiko stroke empat kali lipat dan meningkatkan konsentrasi fibrinogen dinding pembuluh darah juga peningkatan viskositas darah.

3. Anatomi Stroke

Gambar 2.1 anatomi stroke

Di kutip dari : <https://www.medkes.com/2014/07/dampak-stroke-dan-siapa-saja-berisiko.html>



4. Patofisiologi Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik

Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intracranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intracranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan TIK yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian.

Di samping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak. (Wulandari Vina, 2007).

Adanya gangguan peredaran darah ke otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme, yaitu:

- 1) Penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan atau penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplainya ke bagian otak tidak adekuat, serta selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak. Bila hal ini terjadi sedemikian rupa hebatnya, dapat menimbulkan nekrosis (infark).
- 2) Pecahnya dinding arteri serebral akan menyebabkan hancurnya darah ke jaringan (hemorrhage).
- 3) Pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang menekan bagian otak.

- 4) Edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang interstisel jaringan otak. Konstruksi lokal sebuah arteri mula-mula hanya menyebabkan sedikit perubahan pada aliran darah dan baru setelah stenosis cukup hebat dan melampaui batas kritis terjadi pengurangan aliran secara drastis dan cepat. Okulasi suatu arteri otak akan menimbulkan reduksi perfusi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai pendarahan yang baik berusaha untuk membantu menyuplai darah melalui anastomosis yang ada. Selanjutnya akan terjadi edema di daerah ini. Selama berlangsungnya peristiwa ini, autoregulasi sudah tidak berfungsi, sehingga aliran darah akan mengikuti secara pasif segala perubahan tekanan darah arteri. Di samping itu, reaktivitas serebrovaskular terhadap PCO₂ terganggu. Berkurangnya aliran darah serebral sampai tahap ambang tertentu akan melalui serangkaian gangguan fungsi neuroral. Bila aliran darah berkurang sampai di bawah ambang fungsi elektrik, fungsi kortikal terganggu, namun neuron-neuron masih tetap hidup sampai aliran darah turun di bawah ambang kerusakan jaringan yang permanen.

5. Pathways



Sumber :

1. Hardi & Amin, 2015
2. Padila, 2012

6. Manifestasi Klinis

(Hardhi & Amin, 2015)

a. Kehilangan motorik

- 1) Hemiplegis, hemiparesis.
- 2) Paralisis flaksid dan kehilangan atau penurunan tendon profunda (gambaran klinis awal).

b. Kehilangan komunikasi

1) Disartria

Merupakan kondisi terhambatnya proses berbicara akibat gangguan yang terjadi pada otot yang berperan dalam menghasilkan suara. Gangguan yang terjadi dapat berupa pada otot bibir, lidah, pita suara, atau diafragma di dada. Umumnya keluhan ini terjadi akibat gangguan saraf.

2) Disfagia

merupakan suatu kondisi medis yang ditandai dengan kesulitan menelan. Biasanya, penyebab disfagia muncul karena rusaknya kemampuan esofagus atau kerongkongan untuk mengangkut makanan, baik dalam bentuk padat maupun cair. Selain itu, ditemukan pula masalah pada saraf-saraf pengendali atau struktur-struktur yang ikut serta dalam proses penelanan. Misalnya, ketika lidah menjadi lemah yang menyebabkan kesulitan dalam memindahkan makanan yang terdapat di mulut untuk kemudian dikunyah.

c. Gangguan konseptual

- 1) Homonymous hemianopia (kehilangan setengah dari lapang pandang)
- 2) Gangguan dalam hubungan visual-spasial (sering sekali terlihat pada Pasien hemiplegia kiri)
- 3) Kehilangan sensori : sedikit kerusakan pada sentuhan lebih buruk dengan proprioception, kesulitan dalam mengatur stimulus visual, taktil dan auditori.

d. Kerusakan aktivitas mental dan efek psikologis :

- 1) Kerusakan lobus frontal : kapasitas belajar memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin mengalami kerusakan disfungsi tersebut. Mungkin tercermin dalam rentang perhatian terbatas, kesulitan dalam komprehensi, cepat lupa dan kurang komprehensi.
- 2) Depresi, masalah psikologis-psikologis lainnya. Kelabilan emosional, bermusuhan, frustrasi, menarik diri, dan kurang kerja sama.

e. Disfungsi kandung kemih :

- 1) Inkontinensia urinarius transien
- 2) Inkontinensia urinarius persisten / retensi urin (mungkin simptomatik Dari kerusakan otak bilateral)

3) Inkontinensia urin dan defekasi berkelanjutan (dapat menunjukkan erusakan neurologisekstensif)

(Brunner & Suddart, 2006)

7. Pemeriksaan penunjang

(Hardhi & Amin, 2015) Dilakukan beberapa pemeriksaan sebagai berikut:

a. *Computed Tomography, Scanning* (CT scant).

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infrak atau iskemia dan posisinya secara pasti.

b. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

c. *Electrocardiograph* (EGC)

Menunjukkan grafik detak jantung untuk mendeteksi penyakit jantung yang mungkin mendasari serangan stroke serta tekanan darah tinggi.

d. *Electroencephalogram* (EEG)

Melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

e. Angiogram

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

f. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarknoid.

8. Penatalaksanaan

a. Farmakologis

- 1) *Recombinat Tissue Plasminogen Activator (rt-PA).*
- 2) Obat antiagregasi trombosit (inhibitor platelet).
 - a) Asam asetil silsilat aya aspirim.
 - b) Tiklopidin.
 - c) Clopidogrel.
 - d) Pentoksifilin
- 3) Antikoagulan.
- 4) Fosfenition (antikonvulsan).
- 5) Anti seotanin
Nafidrofuril
- 6) Inhibitor trombosit
 - a) Tiklopidini
 - b) Cilostazol

- c) Indobufen
- d) Dipiridamol
- 7) Nootropik (neuropeptide)
 - a) Pirasetam
 - b) Nisergolin
 - c) Hydergin
- 8) Vitamin E
- 9) Vitamin C (Junaidi,2011)
- b. Non farmakologi
 - 1) Semua penyakit stroke dapat diberikan terapi dengan tindakan alih baring yang bertujuan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit.
 - 2) Terapi dampak psikologis
 - 3) Terapi fisik
 - 4) Terapi kognitif
 - 5) Terapi komunikasi
 - 6) Akupuntur
 - 7) Aromaterapi atau pijat
 - 8) Hypnoterapi
 - 9) Yoga (Arum, 2015)

9. Komplikasi

Komplikasi storke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luasnya area cedera. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin secara hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.

Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya akan menurunkan aliran darah serebral. Disrhythmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian trombus lokal. Selain itu distrimia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

(Padila, 2012)

- a. Aspirasi.
- b. Paralytic ileus.

- c. Atrial fibrilasi.
- d. Diabetes insipidus.
- e. Peningkatan TIK.
- f. Hidrocephalus.

(Padila,2012).

10. Pencegahan

Pencegahan terhadap kejadian stroke menurut Junaidi (2011) yaitu :

- a. Mengatur pola makan yang sehat
- b. Istirahat yang cukup
- c. Menghentikan kebiasaan merokok
- d. Menghindari minuman yang mengandung alkohol
- e. Mengurangi makanan yang mengandung kolesterol
- f. Kontrol tekanan darah tinggi secara rutin
- g. Olahraga teratur
- h. Mencegah obesitas
- i. Mencegah penyakit jantung dapat mengurangi resiko stroke

11. Konsep Luka Tekan

a. Definisi Luka Tekan/Dekubitus

Dekubitus/Luka tekan adalah lesi iskemik pada kulit dan jaringan di bawahnya yang disebabkan oleh tekanan yang terusmenerus yang mengganggu aliran darah dan limfe. Cenderung terjadi pada penonjolanatau tulang (seperti tumit, tronkanter besar,sakrum,dan iskia)

(Priscilla, Karen dan Gerene, 2016). Luka tekan adalah cedera yang terlokalisasi pada kulit dan atau jaringan dibawahnya biasanya diatas tonjolan tulang, sebagai akibat adanya tekanan, atau kombinasi dari tekanan dan gesekan(NPUAP-EPUAP,2009).Luka tekan menimbulkan sebuah ancaman dalam pelayanan kesehatan karena insidennya semakin hari semakin meningkat. Kejadian luka tekan di Amerika, Kanada, inggris sebesar 5% - 32%. (Spilsbury et al, 2008).

b. Etiologi

Menurut (Clevo dan Margareth, 2012)

- 1) Faktor instrinsik: penuaaan (regenerasi sel lemah), sejumlah penyakit yang menimbulkan seperti DM, status gizi, underweight atau kebalikannya overweight, anemia, hipoalbuminemia, penyakit-penyakit neurologik dan penyakit-penyakit yang merusak pembuluh darah.
- 2) Faktor ekstrinsik: kebersihan tempat tidur, alat-alat yang kusut dan kotor, atau peralatan medik yang menyebabkan penderita terfiksasi pada suatu sikap tertentu, duduk yang buruk, posisi yag tidak tepat, perubahan posisi yang kurang.

c. Patofisiologi Luka Tekan

Dekubitus terjadi akibat tekanan eksternal yang menekan pembuluh darah akibat friksi dan kekuatan geser yang merobek dan mencederai pembuluh darah. Kedua jenis tekanan menyebabkan cedera traumatik dan memulai proses perkembangan dekubitus.

Tekanan eksternal yang lebih besar dari tekanan kapiler dan tekanan arteriolar mengganggu aliran darah dalam bantalan kapiler.

Ketika tekanan diberikan pada kulit diatas penonjolan tulang selama 2 jam, iskemia dan hipoksia jaringan akibat tekanan eksternal menyebabkan kerusakan jaringan ireversibel. misalnya, ketika tubuh dalam posisi telentang, berat badan memberi tekanan pada sakrum. Jumlah tekanan yang sama menyebabkan lebih banyak kerusakan ketika diberikan pada area yang kecil dibandingkan ketika didistribusikan pada permukaan yang luas.

Kekuatan geser terjadi ketika satu lapisan jaringan terdorong ke lapisan jaringan lain. Peregangan dan penekukan pembuluh darah menyebabkan cedera dan trombosis. Pasien tirah baring dirumah sakit dikaitkan dengan kekuatan geser ketika kepala tempat tidur ditinggikan dan torso terdorong kebawah ke arah kaki tempat tidur. Menarik pasien ke arah atas tempat tidur juga menyebabkan pasien mengalami kekuatan geser. (Untuk alasan ini, selalu angkat pasien ke arah atas tempat tidur). Pada kedua kasus tersebut, friksi dan kelembapan menyebabkan kulit dan fasia superfisial tetap terfiksasi di seprai tempat tidur, sementara fasia

dalam dan skleton tulang terdorong searah gerakan tubuh (Priscilla, Karen dan Gerene, 2016).

d. Klasifikasi Dekubitus Menurut NPUAP (2009) :

Menurut NPUAP klasifikasi dekubitus ada 4 stadium yaitu :

1) Stadium I

Adanya perubahan dari kulit yang diobservasi, apabila dibandingkan dengan kulit yang normal maka nampak salah satu tanda. Tanda yang muncul adalah perubahan temperature kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan sebagai kemerahan yang menetap. Sementara itu pada orang berkulit gelap luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu.

2) Stadium II

Hilangnya sebagian lapisan kulit meliputi epidermis, dan dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal.

3) Stadium III

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam.

4) Stadium IV

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang dan tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus juga termasuk dalam stadium IV dari dekubitus.

e. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan keperawatan

- a) Merubah posisi pasien sedikitnya 2 jam sekali.
- b) Segera membersihkan feses atau urin dari kulit karena bersifat iritatif terhadap kulit.
- c) Inspeksi daerah dekubitus umum terjadi, laporkan adanya area kemerahan dengan segera.
- d) Jaga agar kulit tetap kering.
- e) Jaga agar linen tetap sering dan bebas dari kerutan.

2) Penatalaksanaan medis

- 1) Luka tekanan stadium I dapat ditangani dengan sawar kulit berbahan dasar salep untuk mencegah kontaminasi fekal.
- 2) Luka tekan stadium II harus ditutupi dengan balutan oklusif yang berfungsi secara esensial sebagai suatu lapisan yang memberikan lingkungan steril yang lembab.

(Greenberg, 2008)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Stroke

1. Pengkajian

- a. Identitas Klien

Meliputi : Nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku, bangsa, pendidikan, pekerjaan, diagnosa medis, no. Registrasi.

b. Keluhan utama

Keluhan yang utama pada kasus mobilisasi stroke adalah adanya luka tekan pada bagian tulang yang menonjol.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien stroke dapat disebabkan oleh Pecahnya pembuluh darah di otak sebagian besar diakibatkan oleh rendahnya kualitas pembuluh darah otak. Sehingga dengan adanya tekanan darah yang tinggi pembuluh darah mudah pecah dan mengakibatkan stroke.

d. Riwayat penyakit dahulu.

Apakah pasien pernah mengalami penyakit ini (stroke) atau pernah ada riwayat penyakit DM, hipertensi, kelainan jantung, TIAs, Policitemia karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah ke otak menjadi menurun.

2. Riwayat penyalit keluarga.

Keluarga pasien ada / tidak yang menderita stroke,

Pola fungsi kesehatan.

a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada stroke akan mengalami perubahan / gangguan pada personal hygiene, misalnya kebiasaan mandi, ganti pakaian BAB dan BAK.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada stroke tidak akan mengalami penurunan nafsu makan, meskipun menu berubah misalnya makan dirumah gizi tetap sama sedangkan di RS disesuaikan dengan penyakit dan diet pasien.

c. Pola eliminasi

Kebiasaan miksi / defekasi sehari-hari, kesulitan waktu defekasi dikarenakan imobilisasi, feses warna kuning dan konsistensi defekasi, tidak memiliki gangguan.

d. Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan pola tidur dan istirahat mengalami gangguan yang disebabkan oleh luka tekan.

e. Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas dan latihan mengalami perubahan / gangguan akibat dari stroke sehingga kebutuhan pasien perlu dibantu.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Pada stroke akan mengalami gangguan diri karena terjadi perubahan pada dirinya.

g. Pola sensori kognitif

Luka tekan yang di sebabkan kerusakan jaringan, sdan pada pola kognitif atau cara berfikir pasien juga mengalami gangguan.

h. Pola hubungan peran

Terjadi perubahan peran yang dapat mengganggu hubungan interpersonal yaitu pasien merasa tidak berguna lagi dan menarik diri.

i. Pola penanggulangan stress

Perlu ditanyakan apakah membuat pasien menjadi stress dan biasanya masalah dipendam sendiri / di rundingkan dengan keluarga.

j. Pola reproduksi seksual

Bila pasien sudah berkeluarga dan mempunyai anak, maka akan mengalami pola seksual dan reproduksi, jika pasien belum berkeluarga pasien tidak akan mengalami gangguan.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Adanya kecemasan dan stress sebagai pertahanan dan pasien mendekatkan diri kepada Allah SWT.

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA, 2015

1. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial/ oral.
2. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas fisik/kelumpuhan.

4. Intervensi Keperawatan

a. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial/ oral.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 X 24 jam pasien dapat berkomunikasi sesuai kemampuan

Kriteria Hasil : NOC

1. Komunikasi: penerimaan, intepretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan non verbal meningkat
2. Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara) : ekspresi pesan verbal dan atau non verbal yang bermakna
3. Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar) : penerimaan komunikasi dan intepretasi pesan verbal dan/atau non verbal
4. Gerakan Terkoordinasi : mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat
5. Pengolahan informasi : klien mampu untuk memperoleh, mengatur, dan menggunakan informasi.
6. Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara
7. Mampu memanajemen kemampuan fisik yang di miliki
8. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial

Intervensi : NIC

Gunakan penerjemah , jika diperlukan

1. Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan
2. Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi bicara
3. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan
4. Dengarkan dengan penuh perhatian

5. Berdiri didepan pasien ketika berbicara
 6. Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal
 7. Ajarkan bicara dari esophagus, jika diperlukan
 8. Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara (misalnya, prostesi trakeoesofagus dan laring buatan
 9. Berikan pujian positive jika diperlukan
 10. Anjurkan pada pertemuan kelompok
 11. Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi
 12. Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat)
- b. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas, parise dan paralise.**

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam , gangguan integritas kulit tidak terjadi.

Kriteria Hasil : NOC

1. Integritas kulit yang baik dapat dipertahankan.
2. Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan.

3. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang.
4. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.
5. Status nutrisi adekuat.
6. Sensasi dan warna kulit normal.

Intervensi : NIC

1. Hindari kerutan pada tempat tidur.
2. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.
3. Mobilisasi pasien (ubah posisi) pasien dua jam sekali.
4. Monitor kulit akan adanya kemerahan.
5. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien.

C. Konsep Pengaruh Alih Baring

1. Definisi

Alih baring adalah suatu keadaan dimana pasien mengalami imobilisasi dan mengharuskan pasien melakukan gerakan-gerakan untuk menghindari bedrest agar tidak menimbulkan decubitus (Suyono, 2008).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa alih baring adalah pengaturan posisi miring kanan atau kiri yang diberikan kepada pasien imobilisasi untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit agar tidak mengakibatkan bedres yang selanjutnya mengakibatkan dekubitus. Hasil dari jurnal penelitian menyatakan

bahwa ada hubungan yang signifikan pemberian posisi miring kanan dan miring kiri untuk pencegahan terjadinya dekubitus. Posisi miring sangat efektif karena dapat memperlancar sirkulasi darah terutama pada bagian tulang – tulang yang menonjol yang mengalami penekanan yang terlalu lama (Effendi, 2011).

Alih baring dilakukan setiap 2 jam kearah kanan dan 2 jam kearah kiri. Tanpa melihat sejauh mana efektifitas keberhasilan dari alih baring tersebut, sementara pasien tetap terjadi dekubitus.

2. Jenis – Jenis Alih Baring

a. Membantu pasien duduk ditempat tidur

Tindakan ini merupakan salah satu cara mempertahankan kemampuan mobilitas pasien .

Tujuan:

- 1) Memenuhi kebutuhan mobilitas
- 2) Mempertahankan toleransi terhadap aktivitas
- 3) Mempertahankan kenyamanan

Prosedur kerja :

- 1) Lakukan persiapan
- 2) Cuci tangan sebelum tindakan dilakukan .
- 3) Tempatkan pasien pada posisi telentang
- 4) Singkirkan bantal pada tempat tidur
- 5) Perawat menghadap ke tempat tidur

- 6) Tempatkan kaki meregang dengan satu kaki lebih mendekat ke tempat tidur dibanding kaki yang lain
- 7) Tempatkan tangan yang lebih dekat ke pasien ke bawah bahu yang menyokong kepala dan tulang belakang
- 8) Tempatkan tangan lain di permukaan tempat tidur
- 9) Angkat klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan anda dari kaki depan ke kaki belakang
- 10) Dorong dengan arah berlawanan tempat tidur dengan menggunakan lengan yang ditempatkan di permukaan tempat tidur
- 11) Turunkan tempat tidur
- 12) Observasi posisi kesejajaran tubuh, tingkat kenyamanan, dan titik potensi tekanan
- 13) Catat prosedur termasuk : Posisi yang ditetapkan, kondisi kulit, gerakan sendi, kemampuan pasien membantu bergerak dan kenyamanan pasien
- 14) Cuci tangan

b. Membantu mengatur posisi pasien ditempat tidur

Posisi fowler adalah posisi dengan tubuh setengah duduk atau duduk

Tujuan

- 1) Mempertahankan kenyamanan
- 2) Memfasilitasi fungsi pernafasan

Alat dan Bahan

Penopang atau bantal

Prosedur kerja :

- 1) Mencuci tangan
- 2) Lakukan persiapan seperti yang disebut diatas
- 3) Tinggikan kepala tempat tidur 45 – 60 derajat
- 4) Topangkan kepala diatas tempat tidur atau bantal kecil
- 5) Gunakan bantal untuk menyokong untuk menyokong lengan dan tangan bila pasien tidak dapat mengontrolnya secara sadar menggunakan tangan dan lengan
- 6) Tempatkan bantal tipis di punggung bawah
- 7) Tempatkan bantal kecil atau gulungan handuk dibawah paha
- 8) Tempatkan bantal kecil atau gulungan dibawah pergelangan kaki
- 9) Tempatkan papan kaki didasar telapak kaki pasien
- 10) Turunkan tempat duduk
- 11) Observasi posisi kesejajaran tubuh tingkat kenyamanan dan titik potensi tekanan
- 12) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
- 13) Catat prosedur

c. Posisi SIM

Pada posisi ini pasien berbaring miring baik ke kanan maupun ke kiri

Tujuan

- 1) Memberikan kenyamanan
- 2) Melakukan huknah (memberikan cairan)
- 3) Memberikan obat per anus atau supositoria
- 4) Melakukan pemeriksaan daerah anus

Prosedur kerja :

- 1) Cuci tangan
- 2) Lakukan persiapan seperti diatas
- 3) Tempatkan kepala datar ditempat tidur
- 4) Tempatkan pasien pada posisi telentang
- 5) Pasien diposisikanmiring yang sebagian pada abdomen
- 6) Tempatkan bantal kecil pada kepala
- 7) Tempatkan bantal dibawah lengan atas yang difleksikan , yang menyokong lengan setinggi bahu. Sokong lengan yang lain di atas tempat tidur
- 8) Tempatkan bantal dibawah tungkai atas yang difleksikan ,yang menyokong tungkai setinggi panggul kaki
- 9) Tempatkan bantal pasien paralel dengan permukaan plantar kaki.
- 10) Turunkan tempat tidur
- 11) Observasi posisi kesejajaran tubuh, tingkat kenyamanan dan titik potensi tekanan
- 12) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

d. Posisi Trendelenburg

Posisi ini menempatkan pasien di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah dari bagian kaki

Tujuan

Melancarkan peredaran darah ke otak

Alat dan Bahan

- 1) Bantal
- 2) Tempat tidur khusus
- 3) Balok penopang kaki (tempat tidur opsional)

Prosedur kerja :

- 1) Jelaskan prosedur kerja
- 2) Cuci tangan
- 3) Pasien dalam keadaan berbaring telentang
- 4) Tempatkan bantal diantara kepala dan ujung tempat tidur pasien
- 5) Tempatkan bantal dibawah lipatan lutut
- 6) Tempatkan balok penopang dibagian kaki tempat tidur
- 7) Atau atur tempat tidur khusus dengan meninggikan bagian kaki pasien
- 8) Cuci tangan

e. Posisi Dorsal Recumbent

Pada posisi ini pasien ditempatkan pada posisi telentang dengan kedua lutut fleksi diatas tempat tidur

Tujuan

- 1) Perawatan daerah genitalia
- 2) Pemeriksaan genitalia
- 3) Posisi pada proses persalinan

Alat dan Bahan

- 1) Bantal
- 2) Tempat tidur khusus
- 3) Selimut

Prosedur kerja :

- 1) Jelaskan prosedur yang dilakukan
- 2) Cuci tangan
- 3) Pasien dalam keadaan berbaring (terlentang)
- 4) Pakaian bawah dibuka
- 5) Tekuk lutut dan diregangkan
- 6) Pasang selimut untuk menutupi alat genitalia
- 7) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

f. Posisi Litotomi

Pada posisi ini pasien ditempatkan pada posisi terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan ditarik ke atas abdomen .

Tujuan

- 1) pemeriksaan alat genitalia

- 2) proses persalinan
- 3) pemasangan alat kontrasepsi

Alat dan Bahan

- 1) Bantal
- 2) tempat tidur khusus
- 3) selimut atau kain penutup

Prosedur kerja :

- 1) jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) cuci tangan
- 3) pasien dalam keadaan berbaring atau terlentang
- 4) angkat kedua paha dan tarik ke atas abdomen
- 5) tungkai bawah membentuk sudut 90 derajat terhadap paha
- 6) letakkan bagian lutut atau kaki pada penyangga kaki di tempat tidur khusus untuk posisi litotomi
- 7) pasang selimut
- 8) cuci tangan setelah prosedur dilakukan

g. Posisi Genu Pektoral

Pada posisi genu pektoral , pasien menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur .

Tujuan

Pemeriksaan daerah rectum dan sigmoid

Alat dan Bahan

1) tempat tidur

2) selimut

Prosedur kerja :

1) jelaskan prosedur yang dilakukan

2) cuci tangan

3) minta pasien untuk mengambil posisi menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada matras tempat tidur

4) pasang selimut untuk menutupi daerah perineal pasien

5) cuci tangan setelah prosedur dilakukan

