

BAB II

TINJAUAN TEORI DAN KONSEP

A. Konsep Dasar Stroke

1. Pengertian

Stroke menurut *World Health Organization (WHO)* adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global, dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Junaidi, 2011).

Stroke ini dikenal dengan nama *apoplexy*, kata ini berasal dari bahasa Yunani yang berarti “memukul jatuh” atau to strike down. Dalam perkembangannya lalu dipakai istilah CVA atau *Cerebrovaskular Accident* yang berarti suatu kecelakaan pada pembuluh darah dan otak (Junaidi, 2011).

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat dalam beberapa jam (Irfan 2010).

Stroke adalah Gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan dengan tanda dan gejala sesuai bagian otak yang terkena; yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian.

2. Jenis-jenis Stroke

Menurut (Junaidi, 2011), stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu:

a. Stroke perdarahan (hemoragik)

Stroke yang diakibatkan oleh pembuluh darah yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan merembes ke daerah otak dan merusaknya.

Menurut letaknya, stroke hemoragik dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- 1) Perdarahan subarakhnoid (PSA) adalah perdarahan yang terjadi didalam selaput otak.
- 2) Perdarahan intraserebral (PIS) adalah perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak.

b. Stroke nonperdarahan (iskemik)

Stroke yang diakibatkan oleh penyumbatan di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak.

Stroke iskemik berdasarkan penyebabnya, yaitu:

- 1) Aterotrombotik : penyumbatan pembuluh darah oleh kerak atau plak dinding arteri.
- 2) Kardioemboli : sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung.
- 3) Lakuner : sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang.

3. Etiologi

Gangguan aliran darah mengakibatkan stroke, dapat disebabkan oleh penyempitan atau tertutupnya salah satu pembuluh darah ke otak dan ini terjadi karena:

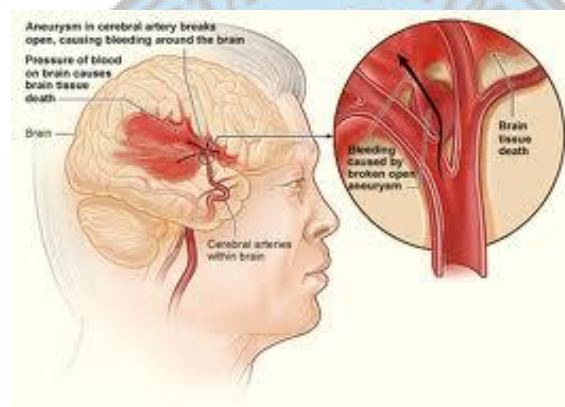
- a. Thombosis cerebral yang diakibatkan adanya *atherosclerosis*, pada umumnya menyerang usia lanjut. *Thrombosis* ini biasanya terjadi pada pembuluh darah dimana oklusi terjadi. *Trombosis* ini dapat menyebabkan *ishkemia* jaringan otak (yang dialiri oleh pembuluh darah yang terkena), edema dan kongesti diarea sekitarnya. Stroke karena terbentuknya *thrombus* biasanya terjadi pada saat tidur atau setelah bangun tidur (DepKes RI, 1995).
- b. Emboli cerebral, merupakan penyumbatan pembuluh darah otak, oleh bekuan darah, lemak atau udara. Pada umumnya emboli berasal dari *thrombus* di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri cerebral. Emboli cerebral pada umumnya berlangsung cepat dan gejala yang timbul kurang dari 10-30 detik (DepKes RI, 1995).
- c. Peredaran intra cerebral, terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak. Hal ini terjadi karena *aterosclerosis* dan hipertensi. Keadaan ini pada umumnya terjadi pada usia diatas 50 tahun, sebagai akibat pecahnya pembuluh arteri otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan menyebabkan perembesan darah kedalam parenchym otak

yang dapat menyebabkan penekanan, penggeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan akibatnya otak akan membengkak.

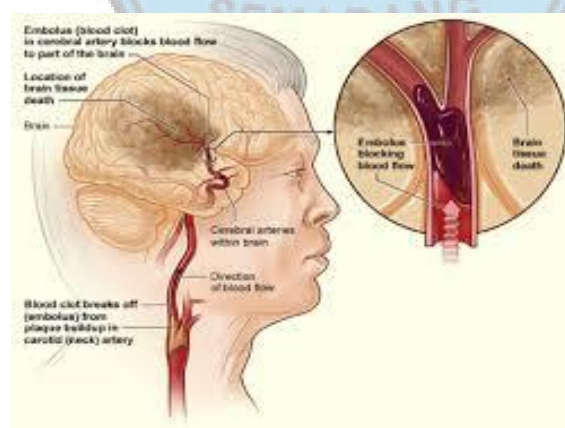
4. Anatomi otak

Menurut letaknya, stroke hemoragik dibagi menjadi dua jenis, yaitu: Perdarahan subaraknoid (PSA) adalah perdarahan yang terjadi didalam selaput otak. Perdarahan intraserebral (PIS) adalah perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak.

a. Stroke Hemoragik



b. Stroke Iskemik



Gambar 2.1

Sumber : Petunjuk perawatan pasien pasca stroke di rumah (NANDA NIC-NOC, 2013)

5. Faktor-faktor stroke

Faktor resiko adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang membuat seseorang rentan terhadap serangan stroke. Pada umumnya faktor risiko stroke dapat dikelompokkan dalam dua bagian, yaitu faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan dan faktor resiko yang dapat dikendalikan, menurut Junaidi, 2011, antara lain:

a. Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan

1) Usia

Semakin bertambahnya usia kejadian stroke terus meningkat. Setelah umur 55 tahun risiko terjadinya stroke berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kalangan umur.

2) Jenis Kelamin

Laki-laki cenderung berisiko lebih besar terkena stroke. Ini terkait bahwa laki-laki cenderung merokok. Bahaya terbesar dari rokok tersebut adalah merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh.

3) Faktor keturunan

Jika salah satu dari keluarga pernah menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Seseorang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki risiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding orang yang

tanpa riwayat stroke pada keluarganya. Maka dari itu, lakukan pengecekan tekanan darah secara rutin untuk memperkecil risiko terkena stroke. Selain itu, modifikasi gaya hidup untuk meminimalkan risiko terkena stroke.

4) Perbedaan ras

Fakta terbaru menunjukkan bahwa risiko stroke pada orang afrika-karibia sekitar dua kali lebih tinggi dari pada orang non-karibia. Hal ini dimungkinkan karena tekanan darah lebih tinggi dan diabetes lebih sering terjadi. Hal ini dipengaruhi juga oleh faktor genetik dan faktor lingkungan.

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. Maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.

2) Penyakit jantung

Jantung merupakan pusat aliran darah di tubuh. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak.

Gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

3) Diabetes Mellitus

Pembuluh darah pada penderita diabetes mellitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

4) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi di mana kadar kolesterol dalam darah berlebih. Makanan yang banyak mengandung kadar lemak yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi ini lama-kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak.

5) Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah melalui proses aterosklerosis yaitu penebalan dan pengerasan dinding pembuluh darah arteri. Seseorang dikatakan obesitas jika indeks massa tubuhnya melebihi 25 kg/m^2 . Ada dua jenis obesitas atau kegemukan yaitu obesitas abdominal dan obesitas perifer. Obesitas abdominal ditandai dengan lingkaran pinggang lebih dari 102 cm bagi pria dan 88 cm bagi wanita.

6) Merokok

Merokok merupakan faktor resiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko paling besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor resiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan resiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, resiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

6. Patofisiologi

Infark regional kortikal, subkortikal ataupun infark regional di batang otak terjadi karena kawasan perdarahan suatu arteri tidak/kurang mendapat suplai darah. Jatah darah tidak disampaikan ke daerah tersebut. Lesi yang terjadi dinamakan infark iskemik jika arteri tersumbat dan infark hemoragik jika arteri pecah. Menurut Wulandari (2007), stroke dapat dibagi dalam:

a. Stroke iskemik / Non Hemoragik

Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia, akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal. Perdarah otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

b. Stroke Hemoragik

Pembuluh darah 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 tingkatan *Tekanan Intra Kranial* (TIK) yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Darah yang mengalir ke substansi otak atau ruangan 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.

7. Manifestasi klinis

Menurut Tarwoto (2007), gejala klinis pada stroke akut meliputi :

- a. Kelumpuhan wajah atau kelumpuhan setengah badan (hemiparesis) yang timbul secara mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
- c. Penurunan kesadaran
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara)
- e. Disatria (bicara cadel atau pelo)
- f. Gangguan penglihatan (dua tampilan satu objek)
- g. Ataksia (kerusakan sistem saraf pengendalian otot)
- h. Vertigo, mual, muntah, dan nyeri kepala.

8. Pemeriksaan penunjang

Menurut Junaidi (2011), dilakukan beberapa pemeriksaan sebagai berikut :

- a. *Computed Tomography Scanning* (CT scan)

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark 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 (ECG)*

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 subaraknoid.

9. Komplikasi

Ada sepuluh komplikasi yang di timbulkan stroke, yaitu (Junaidi, 2011)

- a. Dekubitus
- b. Bekuan darah
- c. Kekakuan otot dan sendi
- d. Pneumonia
- e. Stres/depresi
- f. Nyeri pundak dan dislokasi
- g. Pembengkakan otak
- h. Infeksi
- i. Kardiovaskuler
- j. Gangguan proses pikir dan ingatan

10. Penatalaksanaan

a. Farmakologis

- 1) *Recombinant Tissue Plasminogen Activator (R-tPA)*
- 2) Obat antiagregasi trombosit (inhibitor platelet)

- (a) Asam asetil salisilat atau aspirin
- (b) Tiklopidin
- (c) Clopidogrel
- (d) Pentoksifilin

3) Antikoagulan

- 4) Fosfenitoin (antikonvulsan)

5) Anti serotonin

(a) Naftidrofuril

6) Inhibitor trombosit

(a) Tiklopidini

(b) Cilostazol

(c) Indobufen

(d) Dipyridamol

7) Nootropik (neuropeptide)

(a) Pirasetam

(b) Nisergolin

(c) Hydergin

8) Vitamin E

9) Vitamin C (Junaidi,2011)

b. Non farmakologis

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) Akupunktur

7) Aromaterapi atau pijat

8) Hidroterapi

9) Yoga (Arum, 2015)

11. 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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Marilyn E. Doenges (2009), data-data yang perlu dikaji antara lain

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.

b. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes militus.

f. 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.

g. Pola-pola fungsi kesehatan

Menurut Marilyn E. Doenges, 2009 pola fungsi kesehatan meliputi:

- 1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat: Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral.
- 2) Pola nutrisi dan metabolisme: Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut.
- 3) Pola eliminasi: Biasanya terjadi inkontinensia urine 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/ hemiplegi, mudah lelah
- 5) Pola tidur dan istirahat: Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot

- 6) Pola hubungan dan peran: Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.
- 7) Pola persepsi dan konsep diri: Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif.
- 8) Pola sensori dan kognitif: Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan / kekaburan pandangan, perabaan / sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.
- 9) Pola reproduksi seksual: Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin.
- 10) Pola penanggulangan stress: Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.
- 11) Pola tata nilai dan kepercayaan: Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

- a) Kesadaran: umumnya mengalami penurunan kesadaran
- b) Tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi
- c) Suara bicara: kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara

2) Pemeriksaan integumen

- a) Kulit: jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit kan jelek. Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien CVA *Bleeding* harus bed rest 2-3 minggu
- b) Kuku: perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis
- c) Rambut: umumnya tidak ada kelainan

3) Pemeriksaan kepala dan leher

- a) Kepala: bentuk normocephalik
- b) Muka: umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi
- c) Leher: kaku kuduk jarang terjadi

4) Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

5) Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat bed rest yang lama, dan kadang terdapat kembung.

6) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

Kadang terdapat incontinsia atau retensio urine

7) Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

8) Pemeriksaan neurologi

a) Pemeriksaan nervus cranialis

Umumnya terdapat gangguan nervus cranialis VII dan XII central.

b) Pemeriksaan motorik

Hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

c) Pemeriksaan sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi.

d) Pemeriksaan refleks

Pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis

i. Pemeriksaan penunjang

- 1) CT scan: didapatkan hiperdens fokal, kadang-kadang masuk ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.
- 2) MRI: untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik.
- 3) Angiografi serebral: untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler
- 4) Pemeriksaan foto thorax: dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke
- 5) Sinar X Tengkorak : Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal
- 6) Elektro encephalografi / EEG: mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 7) Pemeriksaan EKG: dapat membantu menentukan apakah terdapat disritmia, yang dapat menyebabkan stroke. Perubahan EKG lainnya yang dapat ditemukan adalah inversi

gelombang T, depresi ST, dan kenaikan serta perpanjangan QT.

8) Ultrasonografi Dopler: Mengidentifikasi penyakit arteriovena

9) Pemeriksaan laboratorium

Pungsi lumbal: pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (*xantokhrom*) sewaktu hari-hari pertama. Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang menjamin kepastian dalam menegakkan diagnosa stroke; bagaimanapun pemeriksaan darah termasuk hematokrit dan hemoglobin yang bila mengalami peningkatan dapat menunjukkan oklusi yang lebih parah; masa protrombin dan masa protrombin parsial, yang memberikan dasar dimulainya terapi antikoagulasi; dan hitung sel darah putih, yang dapat menandakan infeksi seperti endokarditis bacterial sub akut. Pada keadaan tidak terjadinya peningkatan TIK, mungkin dilakukan pungsi lumbal. Jika ternyata terdapat darah dalam cairan serebrospinal yang dikeluarkan, biasanya diduga terjadi henorhagi subarakhnoid.

j. Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA NIC-NOC (2013) :

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis.
(hal.613)
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hemiparesis/hemiplegia. (hal.633)
3. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan perdarahan intracerebral. (hal.691)
4. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan mobilitas. (hal.677)

k. Rencana intervensi keperawatan

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese/hemiplagia.

Tujuan:

Klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya

Kriteria hasil:

- a) Aktivitas klien meningkat
- b) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
- c) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
- d) Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi

Intervensi :

- a) Monitor vital sign sebelum/ sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.
- b) Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulansi sesuai dengan kebutuhan.
- c) Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera.
- d) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
- e) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan
- f) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL pasien.
- g) Berikan alat bantu jika pasien memerlukan
- h) Ajarkan bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hemiparesis/hemiplegia

Tujuan:

Klien mampu mempertahankan keutuhan kulit

Kriteria hasil:

- a) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)

- b) Tidak ada luka/lesi pada kulit
- c) Perfusi jaringan baik
- d) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
- e) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami.

Intervensi :

- a) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.
- b) Hindari kerutan pada tempat tidur.
- c) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.
- d) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) dengan alih baring setiap dua jam sekali.
- e) Monitor kulit akan adanya kemerahan.
- f) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan.
- g) Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien.
- h) Monitor status nutrisi pasien.
- i) Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat.

3. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan perdarahan intracerebral.

Tujuan :

Perfusi jaringan otak dapat tercapai secara optimal

Kriteria hasil :

- a) Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan:
 - 1) Tekanan systol dan diastole dalam rentang yang diharapkan
 - 2) Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)
- b) Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:
 - 1) Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
 - 2) Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
 - 3) Memproses informasi
 - 4) Membuat keputusan dengan benar
 - 5) Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh: tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan involunter

Intervensi :

- a) Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul.
- b) Intruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi
- c) Gunakan sarung tangan untuk proteksi
- d) Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung

- e) Monitor kemampuan BAB
- f) Kolaborasi pemberian analgetik
- g) Monitor adanya tromboplebitis
- h) Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

4. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan mobilitas

Tujuan :

Mencegah jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik

Kriteria Hasil :

- a) Keseimbangan : Kemampuan untuk mempertahankan ekuilibrium
- b) Gerakan terkoordinasi kemampuan otot untuk bekerja sama secara volunter untuk melakukan gerakan yang bertujuan
- c) Perilaku pencegahan jatuh : Tindakan individu atau pemberi asuhan untuk meminimalkan faktor resiko yang dapat memicu jatuh dilingkungan individu
- d) Tidak ada kejadian jatuh
- e) Pemahaman pencegahan jatuh dan keselamatan fisik

Intervensi :

- a) Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu

- b) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh
- c) Mengidentifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh (misalnya : lantai yang licin dan tangga terbuka)
- d) Tempat artikel mudah dijangkau dari pasien



C. Alih Baring

1. Definisi

Menurut Perry & Potter dalam Aini dan Purwaningsih (2013) Alih baring adalah pengaturan posisi yang di berikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Dengan menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30° atau kurang akan menurunkan peluang terjadinya dekubitus akibat gaya gesek, alih baring atau alih posisi ini di lakukan setiap 2 jam - 4 jam sekali.

Alih baring atau perubahan posisi di atas tempat tidur akibat ketidakmampuan pasien untuk merubah posisi tidurnya sendiri. Perubahan posisi tidur ini dilakukan untuk merubah adanya tekanan tubuh pada daerah-daerah tertentu sehingga tidak terjadi ketidakseimbangan beban tubuh pada suatu titik yang dapat menyebabkan terganggunya sirkulasi aliran darah pada daerah yang tertekan tersebut (Perry & Potter , 2005).

D. Luka Dekubitus

1. Pengertian

Dekubitus adalah kerusakan atau kematian kulit sampai di jaringan bawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus-menerus sehingga mengganggu sirkulasi daerah setempat (Aini dan Purwaningsih, 2013).

2. Derajat luka dekubitus

a. Dekubitus derajat I

Peradangan masih terbatas pada epidermis, kulit yang kemerahan

b. Dekubitus derajat II

Jika terjadi perlukaan yang dangkal

c. Dekubitus derajat III

Jika luka sudah dalam, sampai pada bungkus otot dan sudah ada infeksi

d. Dekubitus derajat IV

Dengan perluasan luka sampai pada dasar tulang disertai jaringan nekrotik.



E. *Evidence Based Nursing Practive* (Penerapan Teknik Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparesis)

Hasil penelitian Aini dan Purwaningsih (2013) dengan judul “*Pengaruh Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke yang Mengalami Hemiparesis di Ruang Yudistira di RSUD Kota Semarang*” menunjukkan ada perbedaan/pengaruh pada kelompok kontrol dan intervensi. Pada kelompok intervensi setelah dilakukan alih baring semuanya tidak mengalami kejadian dekubitus, yaitu sejumlah 15 orang (100,0%), sedangkan kejadian dekubitus pada kelompok kontrol, lebih banyak yang mengalami kejadian dekubitus derajat I, yaitu sejumlah 8 orang (53,3%) sedangkan yang tidak mengalami dekubitus sejumlah 7 orang (46,7%). Jadi berdasarkan hasil penelitian ini ada pengaruh alih baring terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke yang mengalami hemiparesis di RSUD Kota Semarang *value* sebesar $< \alpha$ (0,05).

Dekubitus adalah kerusakan atau kematian kulit sampai di jaringan bawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus-menerus sehingga mengganggu sirkulasi daerah setempat (Aini dan Purwaningsih, 2013). Dekubitus merupakan nekrosis seluler yang cenderung terjadi akibat kompresi berkepanjangan pada jaringan lunak antara tonjolan tulang dan permukaan yang padat, paling umum di sebabkan karena imobilisasi (Aini dan Purwaningsih, 2013).

Hasil penelitian Heriyanto dan Anna (2015) dengan judul “*Perbedaan Kekuatan Otot Sebelum dan Sesudah Dilakukan Latihan (Mirror Therapy) Pada Pasien Stroke Iskemik dengan Hemiparesis di RSUD Dr. Hasan Sadikin Bandung*” menyimpulkan bahwa ada peningkatan terhadap rata-rata kekuatan otot responden setelah dilakukan terapi latihan rentan gerak dengan menggunakan media cermin (*mirror therapy*) sebanyak 5 kali selama 7 hari. Dibuktikan dengan sebelum intervensi rata-rata kekuatan otot ekstremitas bagian atas adalah 2,12 (0,45) dan rata-rata kekuatan otot ekstremitas bagian bawah adalah 2,12 (0,45). Setelah intervensi rata-rata kekuatan otot ekstremitas bagian atas menjadi 3,83 (0,56) dan rata-rata kekuatan otot ekstremitas bagian bawah menjadi 4,00 (0,66). Dari hasil analisa bivariat diperoleh nilai z hitung untuk kekuatan ekstremitas atas dan bawah sebesar 4,396 dengan angka signifikan ($p = 0,00$). Berdasarkan hasil tersebut diketahui z hitung ($4,369$) $>$ z tabel ($1,96$) dan angka signifikan (p) $< 0,05$, maka terdapat perbedaan yang bermakna pada kekuatan otot ekstremitas bagian atas dan ekstremitas bagian bawah sebelum dan sesudah dilakukan latihan kekuatan otot dengan media cermin (*mirror therapy*) ($p = 0,00$).

Berdasarkan penelitian terdahulu, maka inilah yang menjadikan dasar penulis untuk menerapkan “Teknik alih baring terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke dengan hemiparesis”.