

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian Stroke

Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplay glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplay. (Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

Stroke iskemik didefinisikan sebagai episode disfungsi neurologis yang disebabkan oleh infark pada otak, medula spinalis dan retina, berdasarkan pada bukti patologis, pencitraan atau gejala klinis yang menetap lebih dari 24 jam atau diakhiri dengan kematian, tanpa penyebab selain vaskular. (Sacco, dkk 2013)

Stroke iskemik biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi pendarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder, kesadaran umumnya baik. (Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

2. Klasifikasi Stroke Iskemik

Stroke Iskemik dibagi menjadi tiga jenis :

- 1) Stroke trombotik, yaitu terbentuknya thrombu yang membuat pengumpulan.
- 2) Stroke embolik, yaitu tertutupnya pembuluh darah arteri oleh bekuan darah.
- 3) Hipoperfusion sistematik, yaitu berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

(Nurarif Huda Amin, 2015)

Klasifikasi stroke iskemik berdasarkan stadiumnya :

- 1) TIA (Trans Iskemik Attack) :

Gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

(Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

- 2) Stroke Involusi

Stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari. (Wijaya, A.S dan Putri,

2013)

3) Stroke Komplit

Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan istilah stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang. (Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

Iskemi pada otak merupakan salah satu jenis stroke, dimana pasokan darah pada arteri otak terhambat, sehingga mengakibatkan sel otak kekurangan oksigen dan dapat berkembang menjadi kerusakan atau kematian sel otak. Iskemik serebri fokal dibagi menjadi dua yaitu iskemik menetap dan iskemik sementara. Iskemik menetap terjadi akibat dari iskemik yang berat, yang intinya dikelilingi oleh daerah yang kerusakannya lebih ringan. Reperfusi dalam 3 jam tidak memperbaiki daerah yang rusak. Iskemia sementara, mengakibatkan banyak variasi kerusakan tergantung lamanya iskemik. Selama iskemik lebih dari 30 menit selalu disertai infrak. (Mergenthaler et al. 2010)

2. Etiologi Stroke Iskemik

a. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang penyebab paling umum dari stroke. (Smeltzer C. Suzane, 2013)

Trombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitan dengan kerusakan

lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis. (Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

b. Emboli serebri

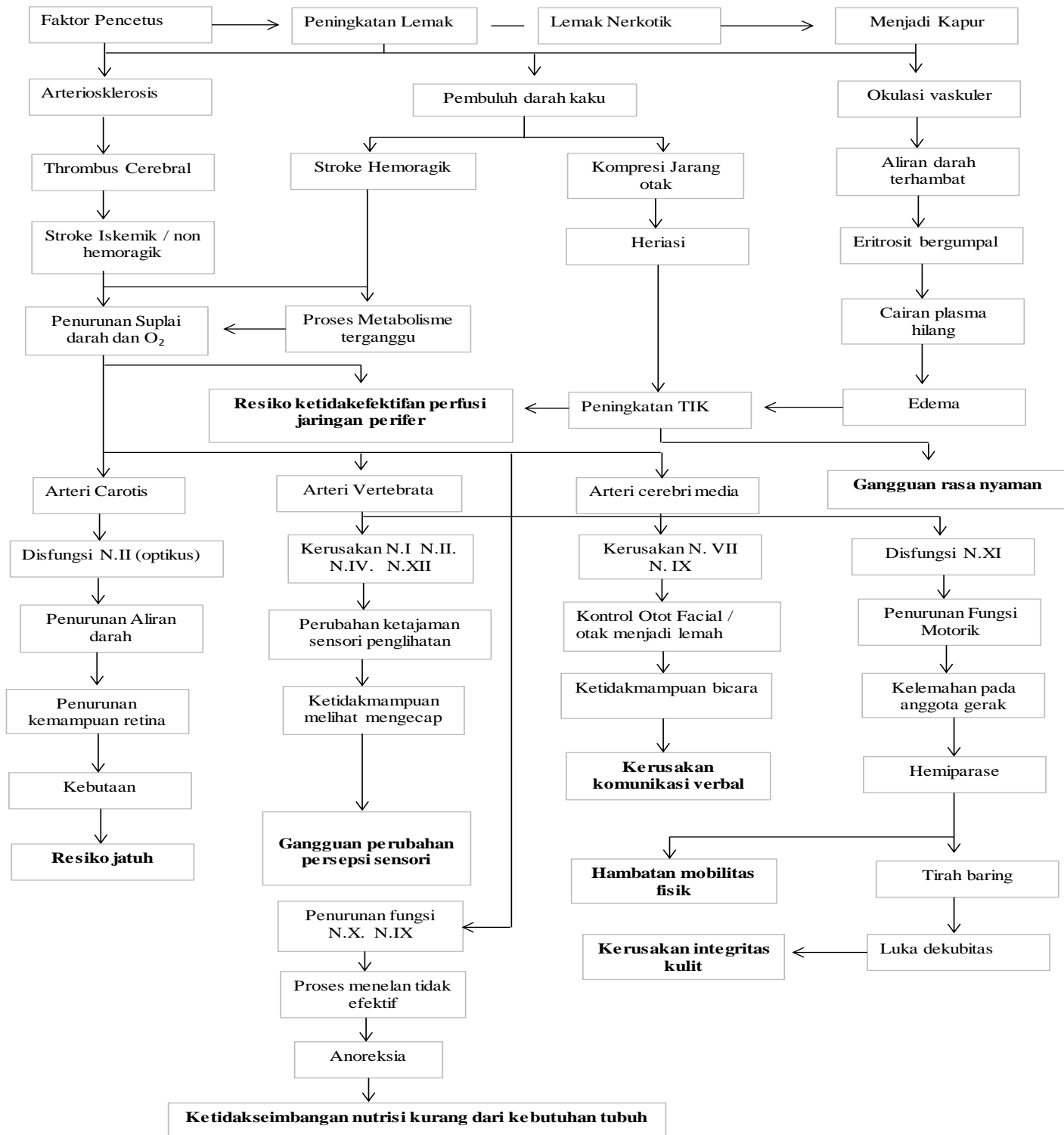
Emboli serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung. (Price, 2005)

3. Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap otak terhambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark, kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia serebral (karena henti jantung atau hipertensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesulitan bernafas. Stroke karena embolus dapat merupakan akibat dari bekuan darah, udara, emboli, atheroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemoragik maka faktor pencetus adalah hipertensi. Abnormalitas vasuler, aneurisma serebral dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan hemoragik. (Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

Pada stroke trombosis atau metabolik maka otak mengalami iskemia dan infark sulit ditemukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan seberapa luasnya yang terkena. Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja didalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi Willis, arteri karotis interna dan system vertebrobasilar dan semua cabang-cabangnya. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 menit sampai 20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. (Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

Bagan 2.1
Patway Stroke



(Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

4. Manifestasi Klinis

Menurut Oktavianus 2014, manifestasi klinis stroke iskemik sebagai berikut. Tanda dan gejala yang sering muncul pada stroke iskemik sebagai berikut.

1. *Transient Ischemic Attack (TIA)*

Timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, dengan memperberat atau malah menetap.

2. *Reversible Ischemic Neurologic (RIND)*

Gejala yang ditimbulkan lebih dari 24 jam.

3. *Progressing stroke* atau *stroke inevaluation*

Gejala yang ditimbulkan lebih dari 24 jam.

4. Sudah menetap atau permanen.

(Oktavianus, 2014)

5. Data Penunjang

- a. Angiografi serebri, membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti pendarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.
- b. Lumbal fungsi, CT Scan, EEG, Magnetic Imaging Resnance (MRI)
- c. USG Doppler, untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem kronis). (Nurarif Huda Amin, 2015)

6. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

- a. Pertahankan jalan nafas, memberikan oksigen menggunakan ventilator
- b. Monitor peningkatan tekanan intrakranial.
- c. Monitor fungsi pernafasan analisis darah.
- d. Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG .
- e. Evaluasi status cairan dan elektrolit.
- f. Kontrol kejang jika ada, dengan pemberian anti konvulsan dan cegah resiko injuri.
- g. Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi konpresi dan pemberian makanan.
- h. Monitor tanda-tanda neurologi, seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nerpus kranial dan reflek. (Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

2) Fase Rehabilitasi

- a. Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- b. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rintang gerak sendi (ROM).
- c. Mempertahankan integritas kulit.
- d. Mempertahankan komunikasi yang efektif.
- e. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- f. Persiapan pasien pulang. (Tarwoto & Wartonah, 2007)

2. Penatalaksanaan Medis

- a. Trombolitik (streptokinase).
- b. Anti platelet / ati trombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiridamol).
- c. Antikogulan (heparin).
- d. Hemorragea (pentoxifylin).
- e. Antagonis serotonin (noftidrofuryl). (Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

7. Komplikasi

1. Pneumonia

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

2. 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.

3. Otrofi dan kekuatan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

4. Depresi

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

(Pudiastuti, 2011)

B. Konsep Masalah Keperawatan Hambatan Komunikasi Verbal

1. Definisi

Kerusakan komunikasi verbal adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat berkomunikasi secara efektif karena adanya faktor-faktor penghambat berupa kecacatan secara fisik maupun mental. (Muttaqin, 2011)

2. Gejala Dan Tanda Mayor

a. Objektif

- 1) Tidak mampu berbicara atau mendengar.
- 2) Menunjukkan respon tidak sesuai.
- 3) Gejala dan tanda minor.

b. Objektif

- 1) Afasia.
- 2) Disfasia.
- 3) Apraksia.

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi tiga aktivitas dasar yaitu : pertama, mengumpulkan data secara sistematis, kedua, memilih dan mengatur data yang dikumpulkan, dan ketiga mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka lagi.

a. Riwayat Keperawatan

- 1) Riwayat kejadian awal stroke, saat aktivitas atau istirahat.
- 2) Faktor penyebab dan resiko seperti hipertensi, perokok, hiperkolesterol, DM, obesitas, anemia, pola latihan atau aktivitas sehari-hari.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Paralisis/ paresis motorik : hemiplegia/hemiparase, kekuatan otot wajah, tangan.
- 2) Gangguan sensorik : kehilangan sensasi pada wajah, lengan dan ekstremitas bawah
- 3) Disphagia : Kesulitan mengunyah , menelan, paralisis lidah dan laring
- 4) Gangguan visual : pandangan ganda, lapang pandang menyempit.
- 5) Kesulitan komunikasi : Adanya afasia sensorik (kerusakan pada area wernicke), afasia motorik ekspresive (Kerusakan pada area broca), afasia global, kesulitan menulis (agraphia), kesulitan membaca (alexia).
- 6) Disantri (kesulitan mengucapkan artikulasi pelu, cedal) kelemahan otot wajah, lidah, langit-langit atas, pharing bibir
- 7) Kemampuan emosi : perasaan, ekspresi wajah, penerimaan terhadap kondisi disinya.
- 8) Memori : pengenalan terhadap lingkungan, orang, tempat, waktu
- 9) Tingkat kesadaran. (Tarwoto & Wartonah, 2007)

c. Pengkajian Saraf Kranial

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII

- 1) Saraf I : biasanya pada pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- 2) Saraf II : disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- 3) Saraf III,IV,VI : jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada suatu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
- 4) Saraf V : pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah , penyimpanan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan suatu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.
- 5) Saraf VII : persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
- 6) Saraf VIII : tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi
- 7) Saraf IX dan X : Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- 8) Saraf XI : tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapzius

9) Saraf XII : lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal (Muttaqin, 2011)

Pemeriksaan penunjang : CT scan otak, MRI otak, thorak photo, EKG, Laboratorium : gula darah, sistem hemostate, lipit nalisa, ureum creatinin, elektrolit, analisa gas darah, protein C, protein S, dan pemeriksaan penunjang lain bila perlu sesuai kondisi pasien, Misalnya : TCD (trans cranial doppler), dupleks sonografi, DS A (digital subtraction angiography), EEG (electro encephalography) dan echo jantung. (Mulyatsih, E. & Ahmad, 2008)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan atau mencegah masalah kesehatan pasien yang ada pada tanggung jawabnya. (Wartolah, 2011)

- a. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial/oral.
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, spastisitas dan cedera otak.
- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hemiparasis / hemiplegia, penurunan mobilitas.(Nurarif Huda Amin, 2015)

3. Rencana Keperawatan

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial / oral</p> <p>Definisi : penurunan, keterlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan simbol sistem.</p> <p>Batasan Karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada kontak mata • Tidak dapat berbicara • Kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal (mis;afasia, disfasia, apraksia, disleksia) • Kesulitan menyusun kalimat • Kesulitan menyusun kata-kata (mis;afonia, dislalia, disartria) • Kesulitan memahami pola komunikasi yang biasanya • Kesulitan dalam kehadiran tertentu • Kesulitan menggunakan ekspresi wajah • Disorientasi orang • Disorientasi ruang • Disorientasi waktu • Tidak bicara • Dispnea • Ketidakmampuan bicara dalam bahasa pemberi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Anxiety self control ❖ Sensory function : hearing & vision ❖ Fear self control <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Komunikasi : penerimaan, intirepretasi dan ekspresi pesan ❖ Lisan, tulisan, dan non verbal meningkat ❖ Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar) : penerimaan komunikasi dan intirepretasi pesan verbal dan/ atau non verbal ❖ Gerakan Terkoordinasi : mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat ❖ Pengolahan informasi : klien mampu untuk memperoleh, mengatur, dan menggunakan informasi ❖ Mampu mengontrol respon ketakutan dn kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara ❖ Mampu memanagemen kemampuan fisik yang dimiliki ❖ Mampu mengkomunikasikan 	<p>NIC</p> <p>Communication Enhancement : Speech Deficit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan penerjemah, jika diperlukan - Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan - Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi bicara - Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan - Dengarkan penuh perhatian - Berdiri didepan pasien saat berbicara - Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata, bahasa asing, computer, dan lain lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal - Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara (misalnya, prostesi trakeoesofagus dan laring buatan

<p>asuhan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan menggunakan ekspresi wajah • Ketidaktepatan verbalisasi • Defisit visual parsial • Pelo • Sulit bicara • Gagap • Defisit penglihatan total • Bicara dengan kesulitan • Menolak bicara 	<p>kebutuhan dengan lingkungan sosial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan pujian positive, jika diperluka - Anjurkan pada pertemuan kelompok - Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi - Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat) <p>Communication Enhancement : Hearing Deficit</p> <p>Communication Enhancement : Visual Defisit</p> <p>Anxiety Reduction</p> <p>Active Listening</p>
<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase</p> <p>Definisi :</p> <p>Keterbatasan pada pegerakan fisik tubuh satu atau lebih ekstermitas secara mandiri dan terarah.</p> <p>Batasan Karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penurunan waktu reaksi • Kesulitan membolak-balikan posisi • Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis; meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada ketunadayaan/aktiv 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Joint Movement : Active ❖ Mobility level ❖ Self care : ADLs ❖ Transfer performance <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien meningkat dalam aktivitas fisik ❖ Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas ❖ Memverbalitaskan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dalam kemampuan berpindah ❖ Memperagakan penggunaan alat ❖ Bantuan untuk mobilisasi (walker) 	<p>NIC</p> <p>Exercise therapy : ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring vital sign sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan - Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan - Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera - Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi - Kaji kemampuan pasien dalam

<p>itas sebelum sakit)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea setelah beraktivitas • Perubahan cara berjalan • Gerakan bergetar • Keterbatasan kemampuan motorik kasar • Keterbatasan rentang pergerakan sendi • Themor akibat pergerakan • Ketidakstabilan postur • Pergerakan lambat • Pergerakan tidak terkoordinasi 		<p>mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan - Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan ADLs. - Berikan alat bantu jika klien memerlukan. - Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
<p>Kerusakan intergritas kulit berhubungan dengan hemiparasis / hemiplegia, penurunan mobilitas Definisi : perubahan / gangguan dan / atau dermis Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerusakan lapisan kulit • Gangguan permukaan kulit • Invasi struktur tubuh 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tissue Integrity : Skin and mucous ❖ Membranes ❖ Hemodyalis akses <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Intregitas kulit yang baik bisa mempertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) ❖ Tidak ada luka/lesi pada kulit ❖ Perfusi jaringan baik ❖ Menunjukkan pemahaman daam proses perbikan kulit dan mencegah terjadinya secara berulang ❖ Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami 	<p>NIC Pressure Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar - Hindari kerutan pada tempat tidur - Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering - Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak / baby oil pada daerah tertekan - Monitor aktivitas pasien dengan sabun dan air hangat <p>Insision site care</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan

