ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE

Oleh: Ns. Dayan Hisni, S.Kep., MNS

1. Definisi

 Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (World Health Organization [WHO], 2014).

 Stroke didefinisikan sebagai sebuah sindrom yang memiliki karakteristik tanda dan gejala neurologis klinis fokal dan/ atau global yang berkembang dengan cepat, adanya gangguan fungsi serebral, dengan gejala yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menimbulkan kematian tanpa terdapat penyebab selain yang berasal dari vaskular. (Arifputra dkk, 2014).

 Stroke merupakan hilangnya fungsi otak yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah ke otak (Khan et al, 2014).

1. Etiologi
2. Stroke Hemoragik

 Stroke hemoragik disebabkan oleh adanya perdarahan intraserebral karena hipertensi. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan perdarahan intraserebral diantaranya adalah:

1. Hipertensi
2. Penyakit kardiovaskular, seperti:
3. Penyakit arteri koronaria
4. Gagal jantung kongestif
5. Hipertrofi ventrikel kiri
6. Abnormalitas irama
7. Penyakit jatung kongestif
8. Kolesterol tinggi
9. Obesitas
10. Peningkatan hematokrit meningkatkan risiko infark serebral
11. Kontrasepsi oral
12. Merokok
13. Penyalahgunaan obat
14. Konsumsi alkohol.
15. Stroke Non Hemoragik

 Pada tingkatan makroskopik, stroke non hemoragik paling sering disebabkan oleh emboli ektrakranial atau trombosis intrakranial. Selain itu, stroke non hemoragik juga dapat diakibatkan oleh penurunan aliran serebral. Pada tingkatan seluler, setiap proses yang mengganggu aliran darah menuju otak menyebabkan timbulnya kaskade iskemik yang berujung pada terjadinya kematian neuron dan infark serebri.

* 1. Emboli
	2. Embolus yang dilepaskan oleh arteria karotis atau vertebralis, dapat berasal dari “plaque athersclerotique” yang berulserasi atau dari trombus yang melekat pada intima arteri akibat trauma tumpul pada daerah leher.
	3. Embolisasi kardiogenik dapat terjadi pada:
* Penyakit jantung dengan “shunt” yang menghubungkan bagian kanan dan bagian kiri atrium atau ventrikel.
* Penyakit jantung rheumatoid akut atau menahun yang meninggalkan gangguan pada katup mitralis.
* Fibrilasi atrium
* Infarksio kordis akut
* Embolus yang berasal dari vena pulmonalis
* Kadang-kadang pada kardiomiopati, fibrosis endrokardial, jantung miksomatosus sistemik
	1. Embolisasi akibat gangguan sistemik dapat terjadi sebagai:
* Embolia septik, misalnya dari abses paru atau bronkiektasis
* Metastasis neoplasma yang sudah tiba di paru.
* Embolisasi lemak dan udara atau gas N (seperti penyakit “caisson”).

 Emboli dapat berasal dari jantung, arteri ekstrakranial, ataupun dari right-sided circulation (emboli paradoksikal). Penyebab terjadinya emboli kardiogenik adalah trombi valvular seperti pada mitral stenosis, endokarditis, katup buatan), trombi mural (seperti infark miokard, atrial fibrilasi, kardiomiopati, gagal jantung kongestif) dan atrial miksoma. Sebanyak 2-3 persen stroke emboli diakibatkan oleh infark miokard dan 85 persen di antaranya terjadi pada bulan pertama setelah terjadinya infark miokard.

* 1. Thrombosis

 Stroke trombotik dapat dibagi menjadi stroke pada pembuluh darah besar (termasuk sistem arteri karotis) dan pembuluh darah kecil (termasuk sirkulus Willisi dan sirkulus posterior). Tempat terjadinya trombosis yang paling sering adalah titik percabangan arteri serebral utamanya pada daerah distribusi dari arteri karotis interna. Adanya stenosis arteri dapat menyebabkan terjadinya turbulensi aliran darah (sehingga meningkatkan resiko pembentukan trombus aterosklerosis (ulserasi plak), dan perlengketan platelet.

 Penyebab lain terjadinya trombosis adalah polisetemia, anemia sickle sel, defisiensi protein C, displasia fibromuskular dari arteri serebral, dan vasokonstriksi yang berkepanjangan akibat gangguan migren. Setiap proses yang menyebabkan diseksi arteri serebral juga dapat menyebabkan terjadinya stroke trombotik (contohnya trauma, diseksi aorta thorasik, arteritis).

1. Patofisiologi
2. Stroke Hemoragik
	* + 1. Perdarahan intra serebral

 Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema disekitar otak. Peningkatan TIK yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra serebral sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, sub kortikal, nukleus kaudatus, pon, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid.

* + - 1. Perdarahan sub arachnoid

 Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM. Aneurisme paling sering didapat pada percabangann pembuluh darah besar di sirkulasi willisi. AVM dapat dijumpai pada jaringan otak dipermukaan piameter dan ventrikel otak, ataupun di dalam ventrikel otak dan ruang sub arachnoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang sub arachnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan inta kranial yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan tekanan intra kranial yang mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan sub arachnoid dapat mengakibatkan vaso spasme pembuluh darah serebral. Vaso spasme ini sering kali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya pada hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vaso spasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh arteri di ruang sub arachnoid. Vaso spasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan oksigen dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan oksigen jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kekurangan dari 20 mg % karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70 % maka akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi oksigen melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak. (Price & Wilson, 2006)

1. Stroke Non Hemoragik

 Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) di lokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus (Sudoyo, 2007).

 Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nurisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikalbebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2010).

* Pathway

Stroke Hemoragik

Peningkatan tekanan sistemik

Aneurisma./APM

Perdarahan arachnoid/ventrikel

Hematoma serebral

Stroke Non Hemoragik

Thrombus/Emboli di serebral

Suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat

Perfusi jaringan serebral tidak adekuat

PTIK/Herniosis serebral

Vasospasme arteri serebral/saraf serebral

Iskemik/infork

Defisit neurologi

Hemifer kanan

Hemifer kiri

Hemiparase/plegi kiri

Hemiparase/plegi kanan

Penurunan kesadaran

Penekanan sal pernafasan

Area brocca

Kerusakan fungsi nervous VII dan nervous XII

Kerusakan kemunikasi verbal

Resiko aspirasi

Resiko trauma

Resiko jatuh

Resti nutrisi < dari Kebutuhan

Kurang pengetahuan

Defisit perawatan diri

gg. mobilitas fisik

Kerusakan integritas kulit

Pola nafas tidak efektif

(Nurarif & Kusuma, 2013)

1. Klasifikasi

 Stroke dapat dibagi menjadi 2 kategori utama yaitu, stroke iskemik dan stroke hemoragik. Kedua kategori ini merupakan suatu kondisi yang berbeda, pada stroke hemoragik terdapat timbunan darah di subarahchnoid atau intraserebral, sedangkan stroke iskemik terjadi karena kurangnya suplai darah ke otak sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi kurang mencukupi.

Klasifikasi stroke menurut Wardhana (2011), antara lain sebagai berikut :

1. Stroke Iskemik

 Stroke iskemik terjadi pada otak yang mengalami gangguan pasokan darah yang disebabkan karena penyumbatan pada pembuluh darah otak. penyumbatnya adalah plak atau timbunan lemak yang mengandung kolesterol yang ada dalam darah. Penyumbatan bisa terjadi pada pembuluh darah besar (arteri karotis), atau pembuluh darah sedang (arteri serebri) atau pembuluh darah kecil. Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi karena dinding bagian dalam pembuluh darah (arteri) menebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar dan tertahan. Oleh karena darah berupa cairan kental, maka ada kemungkinan akan terjadi gumpalan darah (trombosis), sehingga aliran darah makin lambat dan lama-lama menjadi sumbatan pembuluh darah. Akibatnya, otak mengalami kekurangan pasokan darah yang membawah nutrisi dan oksigen yang diperlukan oleh darah. Sekitar 85 % kasus stroke disebabkan oleh stroke iskemik atau infark, stroke infark pada dasarnya terjadi akibat kurangnya aliran darah ke otak.

 Penurunan aliran darah yang semakin parah dapat menyebabkan kematian jaringan otak. Penggolongan stroke iskemik atau infark menurut Junaidi (2011) dikelompokkan sebagai berikut :

* + - * 1. Transient Ischemic Attack (TIA)

 Suatu gangguan akut dari fungsi lokal serebral yang gejalanya berlangsung kurang dari 24 jam atau serangan sementara dan disebabkan oleh thrombus atau emboli. Satu sampai dua jam biasanya TIA dapat ditangani, namun apabila sampai tiga jam juga belum bisa teratasi sekitar 50 % pasien sudah terkena infark (Grofir, 2009; Brust, 2007, Junaidi, 2011).

* + - * 1. Reversible Ischemic Nerurological Defisit (RIND)

 Gejala neurologis dari RIND akan menghilang kurang lebih 24 jam, biasanya RIND akan membaik dalam waktu 24–48 jam.

* + - * 1. Stroke In Evolution (SIE)

 Pada keadaan ini gejala atau tanda neurologis fokal terus berkembang dimana terlihat semakin berat dan memburuk setelah 48 jam. Defisit neurologis yang timbul berlangsung bertahap dari ringan sampai menjadi berat.

* + - * 1. Complete Stroke Non Hemorrhagic

 Kelainan neurologis yang sudah lengkap menetap atau permanen tidak berkembang lagi bergantung daerah bagian otak mana yang mengalami infark.

1. Stroke Hemoragik

 Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh karena adanya perdarahan suatu arteri serebralis yang menyebabkan kerusakan otak dan gangguan fungsi saraf. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk kedalam jaringan otak sehingga terjadi hematoma (Junaidi,2011). Berdasarkan perjalanan klinisnya stroke hemoragik di kelompokan sebagai berikut:

PIS (Perdarahan intraserebral)

 Perdarahan intraserebral disebabkan karena adanya pembuluh darah intraserebral yang pecah sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan masuk ke dalam jaringan otak. Keadaan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial atau intraserebral sehingga terjadi penekanan pada pembuluh darah otak sehingga menyebabkan penurunan aliran darah otak dan berujung pada kematian sel sehingga mengakibatkan defisit neurologi (Smeltzer & Bare, 2005). Perdarahan intraserebral (PIS) adalah perdarahan yang primer berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. Perdarahan ini banyak disebabkan oleh hipertensi dan penyakit darah seperti hemofilia (Pizon & Asanti,2010).

PSA (Pendarahan subarakhnoid)

 Pendarahan subarakhnoid merupakan masuknya darah ke ruang subrakhnoid baik dari tempat lain (pendarahan subarakhnoid sekunder) atau sumber perdarahan berasal dari rongga subrakhnoid itu sendiri (pendarahan subarakhnoid) (Junaidi, 2011). Perdarahan subarakhnoidal (PSA) merupakan perdarahan yang terjadi masuknya darah ke dalam ruangan subarakhnoid (Pizon & Asanti, 2010).

1. Manifestasi Klinis
2. Stroke Hemoragik
3. Perubahan tingkat kesadaran (mengantuk, letih, apatis, koma).
4. Kesulitan berbicara atau memahami orang lain.
5. Kesulitan menelan.
6. Kesulitan menulis atau membaca.
7. Sakit kepala yang terjadi ketika berbaring, bangun dari tidur, membungkuk, batuk atau kadang terjadi secara tiba-tiba.
8. Kehilangan koordinasi.
9. Kehilangan keseimbangan.
10. Perubahan gerakan biasanya pada satu sisi tubuh, seperti kesulitan menggerakkan salah satu bagian tubuh, atau penurunan ketrampilan motorik.
11. Mual atau muntah.
12. Kejang.
13. Sensasi perubahan biasanyan pada satu sisi tubuh, seperti penurunan sensasi, baal atau kesemutan.
14. Kelemahan pada satu sisi tubuh.

(Batticaca, 2008)

1. Stroke Non Hemoragik
2. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter. Gangguan kontrol volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukan kerusakan pada neuron atas pada sisi yang belawanan dari otak. Disfungsi neuron paling umum adalah hemiplegi (paralisis pada salah satu sisi tubuh) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan dan hemiparises (kelemahan salah satu sisi tubuh)

1. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

* 1. Disatria (kesulitan berbicara), ditunjukan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab menghasilkan bicara.
	2. Disfasia atau afasia (kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
	3. Apraksia, ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.
1. Defisit lapang pandang, sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis yaitu kesulitan menilai jarak, tidak menyadari orang atau objek ditempat kehilangan penglihata.
2. Defisit sensori, terjadi pada sisi berlawanan dari lesi yaitu kehilangan kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh.
3. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik, bila kerusakan pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori atau fungsi intelektual mungkin terganggu. Disfungsi ini dapat ditunjukan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi.
4. Disfungsi kandung kemih, setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontenensia urinarius karena kerusakan kontrol motorik. (Suzzane C. Smelzzer, dkk, 2001, hlm. 2133-2134)
5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Muttaqin, (2008), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut :

* 1. 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

* 1. Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada carran 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.

* 1. 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 pemadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

* 1. 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.

* 1. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

* 1. EEG

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

* 1. Pemeriksaan Laboraturium
		1. Lumbal fungsi

Pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.

* + 1. Pemeriksaan darah rutin.
		2. Pemeriksaan kimia darah

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

* + 1. Pemeriksaan darah lengkap

Untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

1. Penatalaksanaan
2. Stroke Hemoragik
	* + 1. Penatalaksanaan Medis
3. Menurunkan kerusakan iskemik serebral.

Tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.

1. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

Dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.

1. Pengobatan
* Anti koagulan : Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.
* Obat anti trombotik : pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik.
* Diuretika : untuk menurunkan edema serebral.
1. Pembedahan

Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

* + - 1. Penatalaksanaan Keperawatan
	1. Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
1. Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
2. Tanda-tanda vital usahakan stabil.
3. Bedrest.
4. Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.
5. Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau cairan suction yang berlebih.

(Muttaqin, 2008)

1. Stroke Non Hemoragik

 Target managemen stroke non hemoragik akut adalah untuk menstabilkan pasien dan menyelesaikan evaluasi dan pemeriksaan termasuk diantaranya pencitraan dan pemeriksaan laboratorium dalam jangka waktu 60 menit setelah pasien tiba. Keputusan penting pada manajemen akut ini mencakup perlu tidaknya intubasi, pengontrolan tekanan darah, dan menentukan resiko atau keuntungan dari pemberian terapi trombolitik.

* 1. Penatalaksanaan Umum
		+ - 1. Airway and breathing

 Pasien dengan GCS ≤ 8 atau memiliki jalan napas yang tidak adekuat atau paten memerlukan intubasi. Jika terdapat tanda-tanda peningkatan tekanan eficitnial (TIK) maka pemberian induksi dilakukan untuk mencegah efek samping dari intubasi. Pada kasus dimana kemungkinan terjadinya herniasi otak besar maka target Pco2 arteri adalah 32-36 mmHg.

 Dapat pula diberikan manitol intravena untuk mengurangi edema serebri. Pasien harus mendapatkan bantuan oksigen jika pulse oxymetri atau pemeriksaan analisa gas darah menunjukkan terjadinya hipoksia. Beberapa kondisi yang dapat menyebabkan hipoksia pada stroke non hemoragik adalah adanya obstruksi jalan napas parsial, hipoventilasi, atelektasis ataupun GERD.

* 1. Circulation

 Pasien dengan stroke non hemoragik akut membutuhkan terapi intravena dan pengawasan jantung. Pasien dengan stroke akut berisiko tinggi mengalami aritmia jantung dan peningkatan biomarker jantung. Sebaliknya, atrial fibrilasi juga dapat menyebabkan terjadinya stroke.

* 1. Penatalaksanaan Non Farmakologi (Arif Muttaqin, 2008)
1. Terapi antikoagulan

Kontraindikasi pemberian terapi antikoagulan pada klien dengan riwayat ulkus, uremia dan kegagalan hepar.

1. Penytonin (dilantin) dapat di gunakan untuk mencegah kejang .
2. Enteris-coated, misalnya aspirin dapat digunakan untuk menghancurkan trombotik dan embolik
3. Epsilon-aminocaproic acid (amicar) dapat digunakan untuk stabilkan bekuan di atas anurisma yang ruptur.
4. Calcium channel blocker (nimodipine) dapat di berikan untuk mengatasi vasospasme pembuluh darah
5. Berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan:
* Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lendir yang sering, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi, membantu pernafasan.
* Mengontrol tekanan darah berdasarkan kondisi pasien, termasuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.
* Berusaha menemukan dan memperbaiki aritmia jantung.
* Merawat kandung kemih, sedapat mungkin jangan memakai kateter.
* Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif.
	1. Penatalaksanaan Farmakologi (Arif Muttaqin, 2008).
1. Karotid endarterektomi untuk mengangkat plaque atherosclerosis.
2. Superior temporal arteri – middle serebral arteri anastomisis dengan melalui daerah yang tersumbat dan menetapkan kembali aliran darah pada daerah yang di pengaruhi.
3. Prognosis
	* + - 1. Stroke Hemoragik

 Sekitar 35% dari orang meninggal ketika memiliki perdarahan subarachnoid akibat aneurisme. 15% lainnya meninggal karena mengakibatkan kerusakan otak yang luas dalam waktu beberapa minggu karena pendarahan dari pecahnya kedua. Orang yang bertahan hidup selama 6 bulan tetapi yang tidak memiliki operasi untuk aneurisma memiliki kesempatan 3% lain pecah setiap tahun. Pandangan ini lebih baik bila penyebabnya adalah kelainan arteriovenosa. Kadang-kadang, perdarahan disebabkan oleh cacat kecil yang tidak terdeteksi oleh angiography cerebral karena cacat telah tertutup dengan sendirinya. Dalam kasus tersebut, prospek sangat baik. Beberapa orang kembali sebagian besar atau seluruh fungsi mental dan fisik setelah perdarahan subarachnoid. Namun, banyak orang terus memiliki gejala seperti lemah, lumpuh, atau kehilangan sensasi pada satu sisi tubuh atau aphasia.

* + - * 1. Stroke Non Hemoragik

 Dari penelitian ditemukan bahwa, rasio mortilitas pada 30 hari setelah stroke adalah sebesar 28%, rasio mortalitas pada stroke iskemik adalah 19% dan ketahanan hidup pasien 1 tahun paska stroke iskemik adalah 77%. Stroke berikutnya dipengaruhi oleh sejumlah defisit, yang paling penting adalah sifat dan tingkat keparahan defisit neurologis yang dihasilkan. Usia pasien, penyebab stroke, gangguan medis yang terjadi bersamaan juga mempengaruhi prognosis.

 Secara keseluruhan, didapatkan tingkat kelangsungan hidup dalam 10 tahun sekitar 35%. Angka yang terakhir ini tidak mengejutkan, mengingat usia lanjut di mana biasanya terjadi stroke. Dari pasien yang selamat dari periode akut, sekitar satu setengah sampai dua pertiga kembali fungsi independen, sementara sekitar 15% memerlukan perawatan institusional (George et al, 2009).

1. Diagnosis Medis
	1. Stroke Hemoragik
	2. Gangguan perfusi jaringan serebral b.d gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial.
	3. Gangguan komunikasi verbal b.d kehilangan kontrol otot facial atau oral.
	4. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular.
	5. Defisit perawatan diri b.d hemiparese/ hemiplegic.
	6. Resiko tinggi ketidakefektifan pola napas b.d menurunnya reflek batuk dan menelan, immobilisasi.
	7. Resiko tinggi gangguan intergritas kulit b.d tirah baring lama.
	8. Resiko tinggi gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan menelan.
	9. Defisiensi pengetahuan b.d informasi yang tidak adekuat.
	10. Stroke Non Hemoragik
		* 1. Perfusi jaringan cerebral tidak efektif b.d O2 otak menurun
			2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient
			3. Kerusakan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.
			4. Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara

ASUHAN KEPERAWATAN

1. Stroke Hemoragik
2. Pengkajian
3. Identitas

 Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

1. Keluhan Utama

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

1. Riwayat Penyakit Sekarang

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

1. Riwayat Penyakit Dahulu

 Adanya riwayat hipertensi, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kotrasepsi oral yang lama, penggunan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

 Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, DM, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu

1. Pemeriksaan Fokus
2. Pemeriksaan Fisik
	* + 1. Kesadaran

Umumnya mengalami penurunan kesadaran

* + - 1. Suara bicara

kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara.

* + - 1. Tanda-tanda vital

tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

* + - 1. Pemeriksaan integument
	+ Kulit: jika klien kekurangan O2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bed rest 2-3 minggu
	+ Kuku: perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis
	+ Rambut: umumnya tidak ada kelainan.
		- 1. Pemeriksaan kepala dan leher
	+ Kepala: bentuk normocephalik
	+ Muka: umumnya tidak simetris yaitu miring ke salah satu sisi
	+ Leher: kaku kuduk jarang terjadi.
		- 1. Pemeriksaan dada

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

* + - 1. Pemeriksaan abdomen

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

* + - 1. Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

Kadang terdapat incontinensia atau retensio urine.

* + - 1. Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

* + - 1. Pemeriksaan neurologi:
	+ Pemeriksaan nervus cranialis

Umumnya terdapat gangguan nervus cranialis VII dan XII central.

* + Pemeriksaan motorik

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

* + Pemeriksaan sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi.

* + Pemeriksaan reflex

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

* 1. 11 Fungsi Gordon
		+ 1. Pola Presepsi Kesehatan

Sensorik motorik menurun atau hilang, mudah terjadi injury, perubahan presepsi dan orientasi

* + - 1. Pola Nutrisi Metabolik

Nausea, vomting, daya sensori hilang di lidah , pipi dan tenggorokan, disfagia

* + - 1. Pola Eliminasi

Perubahan kebiasaan BAB dan BAK. Misalnya inkontinensia urine, anuria, distensi kantung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang.

* + - 1. Pola Latihan Aktivitas

Klien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, paralisis, hemiplegi, mudah lelah

* + - 1. Pola Kognitif Perseptual atau Persepsi Sensori

Gangguan penglihatan, dyspalopia, lapang pandang menyempit. Hilangnya daya sensori pada bagian yang berlawanan dibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di wajah.

* + - 1. Pola Istirahat Tidur

Mudah lelah dan susah tidur

* + - 1. Pola Konsep Diri atau Presepsi Diri

Emosi labil, respon yang tidak tepat, mudah marah, kesulitan untuk mengespresikan diri.

* + - 1. Pola Peran dan Hubungan

Gangguan dalam bicara, ketidakmampuan berkomunikasi

* + - 1. Pola Reproduksi Seksual

Pada pasien dengan penyakit stroke akan terjadi masalah pada pola reproduksi dan seksualitasnya karena kelemahan fisik dan gangguan fungsi kognitif.

* + - 1. Pola Pertahanan Diri

Tidak mampu mengambil keputusan

* + - 1. Pola Keyakinan dan Nilai

Karena nyeri kepala, pusing, kaku tengkuk, kelemahan, gangguan sensorik dan motorik menyebabkan terganggunya aktivitas ibadah pasien.

1. Diagnosa Medis
2. Gangguan perfusi jaringan serebral b.d gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial.
3. Gangguan komunikasi verbal b.d kehilangan kontrol otot facial atau oral.
4. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular.
5. Defisit perawatan diri b.d hemiparese/ hemiplegic.
6. Resiko tinggi ketidakefektifan pola napas b.d menurunnya reflek batuk dan menelan, immobilisasi.
7. Resiko tinggi gangguan intergritas kulit b.d tirah baring lama.
8. Resiko tinggi gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan menelan.
9. Defisiensi pengetahuan b.d informasi yang tidak adekuat.
10. Nursing Care Plane

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | Tujuan | Intervensi |
| 1. | Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan otak dapat tercapai secara optimal.Dengan kriteria hasil : 1. Klien tidak gelisah.
2. Tidak ada keluhan nyeri kepala, mual, kejang.
3. GCS E : 4, M: 6, V: 5.
4. TTV normal (N: 60-100 x/menit, S: 36-36.7 OC, RR: 16-20 x/menit).
 | 1. Berikan penjelasan pada keluarga tentang sebab-sebab peningkatan TIK dan akibatnya.
2. Berikan klien bed rest total.
3. Observasi dan catat TTV dan kelainan intrakranial tiap 2 jam.
4. Berikan posisi kepala lebih tinggi 15-30o dengan letak jantung (beri bantal tipis)..
5. Anjurkan klien untuk menghindari batuk dan mngejan berlebihan.
6. Ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung.
7. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat neuroprotektor.
 |
| 2. | Setelah diberikan tindakan selama 3x24 jam diharapkan kerusakan komunikasi verbal klien dapat teratasi, dengan kriteria Hasil : 1. Memperlihatkan suatu peningkatan kemampuan berkomunikasi
2. Mampu berbicara yang koheren
3. Mampu menyusun kata-kata
 | 1. Kaji tipe/derajat disfungsi, seperti spontan tidak tampak memahami kata/mengalami kesulitan berbicara atau membuat pengertian sendiri.
2. Bedakan antara afasia dan disatria.
3. Minta pasien untuk mengikuti perintah sederhana.
4. Minta pasien untuk mengucapkan suara sederhana.
5. Berikan metode alternatif seperti menulis di papan tulis.
6. Kolaborasi konsultasikan dengan rujuk kepada ahli terapi wicara.
 |
| 3. | Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilisasi klien mengalami peningkatan atauperbaikan. Dengankriteria hasil : 1. Mempertahankan posisi optimal.
2. Mempertahankan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang mengalami hemiparese.
 | 1. Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal.
2. Ubah posisi minimal setiap 2 jam.
3. Latih rentang gerak/ROM
4. Tempatkan bantal dibawah aksila untuk melakukan abduksi pada tangan.
5. Posisikan lutut dan panggul dalam posisi ekstensi
 |
| 4. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kebutuhan perawatan diri klien terpenuhi. Dengan kriteria hasil :1. Klien dapat melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan.
2. Klien dapat

mengidentifikasikan komunitas untuk memberikan bantuan sesuai kebutuhan. | 1. Tentukan kemampuan dan tingkat kekurangan dalam melakukan perawatan diri.
2. Beri motivasi kepada klien untuk tetap melakukan aktivitas sesuai kemampuan.
3. Berikan bantuan perawatan diri sesuai kebutuhan.
4. Berikan umpan balik positif untuk setiap usaha yang dilakukannya.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi.
 |
| 5. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas efektif. Dengan kriteria hasil:1. Klien tidak sesak nafas.
2. Tidak terdapat suara nafas tambahan.
3. RR dalam rentang normal (16-20 x/menit)
 | 1. Observasi pola dan frekuensi nafas.
2. Auskultasi suara nafas.
3. Ubah posisi tiap 2 jam sekali.
4. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga sebab ketidakefektifan pola nafas.
5. Kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen.
 |
| 6. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu mempertahankan keutuhan kulit. Dengan kriteria hasil :1. Tidak ada tanda-tanda kemerahan atau luka.
 | 1. Anjurkan untuk melakukan latihan ROM jika mungkin.
2. Ubah posisi tiap 2 jam.
3. Gunakan bantal air atau pengganjal yang lunak di bawah daerah yang menonjol.
4. Observasi terhadap eritema dan kepucatan dan palpasi area sekitar terhadap kehangatan dan pelunakan jaringan tiap merubah posisi.
5. Jaga kebersihan kulit dan seminimal mungkin hindari trauma, panas terhadap kulit.
 |
| 7. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan nutrisi. Dengan kriteria hasil :1. Turgor kulit baik.
2. Tidak terjadi penurunan berat badan.
3. Tidak muntah.
 | 1) Tentukan kemampuan klien dalam mengunyah, menelan, dan reflex batuk.2) Berikan makan dengan bertahan pada lingkungan yang tenang.3) Berikan makanan dalam penyajian masih hangat.4) Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan makanan melalui selang.5) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat. |
| 8. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan pengetahuan klien dan keluarga terpenuhi. Dengan kriteria hasil :1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan.
 | 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.
2. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat.
3. Sediakan bagi keluarga tentang informasi kemajuan keadaan pasien.
4. Diskusikan dalam pemilihan terapi atau penanganan terhadap pasien.
 |

1. Stroke Non Hemoragik
	* + 1. Pengkajian
	1. Identitas klien

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

1. Keluhan utama

 Sering menjadi alasan klien untuk memimta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan.

1. Riwayat penyakit sekarang

 Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive, dan koma.

1. Riwayat penyakit dahulu

 Kemungkinan adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jangtung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

1. Riwayat penyakit keluarga

 Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, penyakit jantung, cacat pada bentuk pembuluh darah (factor genetic paling berpengaruh), gaya hidup dan pola makan keluarga (biasanya sulit diubah), diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

* + - 1. Pemeriksaan Fokus
				1. Pemeriksaan Fisik

 Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

* 1. B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mends, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

* 1. B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

* 1. B3 (Brain)

 Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

* 1. B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

* 1. B5 (Bowel)

 Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

1. B6 (Bone)

 Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan 02 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik.

 Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

1. Pengkajian Tingkat Kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan.

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

1. Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.

1. Status Menta

 Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

1. Fungsi Intelektual

 Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami *brain damage*yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

1. Kemampuan Bahasa

 Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan *disfasia reseptif,*yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan *disfagia ekspresif,* yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. *Disartria*(kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. *Apraksia* (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

1. *Lobus Frontal*

 Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi pada lobus frontal kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respons alamiah klien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologis lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh emosi yang labil, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerja sama.

1. *Hemisfer*

 Stroke hemisfer kanan didapatkan hemiparese sebelah kiri tubuh, penilaian buruk dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh ke sisi yang berlawanan tersebut. Pada stroke hemifer kiri, mengalami hemiparese kanan, perilaku lambat dan sangat hati-hati, kelainan bidang pandang sebelah kanan, disfagia global, afasia, dan mudah frustrasi.

1. Pengkajian Saraf Kranial

 Menurut Muttaqin, (2008) Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-X11.

1. Saraf I

Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

1. 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 Mien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

1. Saraf III, IV, dan VI

Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.

1. Saraf V

Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigenimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

1. Saraf VII

Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

1. Saraf VIII

Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

1. Saraf IX dan X

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

1. Saraf XI

Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

1. Saraf XII

Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.

1. Pengkajian Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi yang berlawanan dari otak.

1. *Inspeksi Umum.*Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.
2. *Fasikulasi.*Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.
3. *Tonus Otot.*Didapatkan meningkat.
4. Pengkajian Sistem Sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi. Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual.

* + - * 1. 11 Fungsi Gordon
1. Pola persepsi kesehatan

 Pada pasien dengan stroke biasanya menderita obesitas,dan hipertensi

1. Pola nutrisi metabolic

 Pada pasien dengan penyakit stroke non hemoragik biasanya terjadi penurunan nafsu makan, mual dan muntah selama fase akut (peningkatan tekanan intracranial), kehilangan sensori (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, peningkatan lemak dalam darah.

1. Pola eliminasi

 Pada pasien dengan penyakit stroke biasanya terjadi perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urine, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), dan bising usus negative.

1. Pola aktivitas latihan

 Pada pasien dengan penyakit stroke biasanya merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralysis (hemilegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri / kejang otot) serta kaku pada tengkuk.

1. Pola istirahat tidur

 Selama fase akut (peningkatan tekanan intracranial), pasien dengan penyakit stroke mengalami ketergangguan / kenyamanan tidur dan istirahat karena nyeri dan sakit kepala.

1. Pola kognitif persepsi

 Pasien dengan penyakit stroke terjadi gangguan pada fungsi kognitif, penglihatan, sensasi rasa, dan gangguan keseimbangan

1. Pola persepsi diri dan konsep diri

 Pada pasien dengan penyakit stroke akan terjadi pada peningkatan rasa kekhawatiran klien tentang penyakit yng dideritanya serta pada pasien juga akan mengalami harga diri rendah.

1. Pola peran hubungan

 Pada pasien dengan penyakit stroke peran hubungannya akan terganggu karena pasien mengalami masalah bicara dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi secara efektif.

1. Pola reproduksi dan seksualitas

 Pada pasien dengan penyakit stroke akan terjadi masalah pada pola reproduksi dan seksualitasnya karena kelemahan fisik dan gangguan fungsi kognitif.

1. Pola koping dan toleransi stress

 Dengan adanya proses penyembuhan penyakit yang lama, akan menyebabkan meningkatnya rasa kekhawatiran dan beban pikiran bagi pasien stroke.

1. Pola nilai dan kepercayaan

 Karena nyeri kepala, pusing, kaku tengkuk, kelemahan, gangguan sensorik dan motorik menyebabkan terganggunya aktivitas ibadah pasien.

1. Diagnosa Medis
	* + 1. Perfusi jaringan cerebral tidak efektif b.d O2 otak menurun
			2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient
			3. Kerusakan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.
			4. Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara
2. Nursing Care Plane

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | Tujuan | Intervensi |
| 1. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan perfusi jaringan dapat tercapai secara optimal. Dengan kriteria hasil :1. Mampu mempertahankan tingkat kesadaran
2. Fungsi sensori dan motorik membaik
 | 1. Pantau TTV tiap jam dan catat hasilnya
2. Kaji respon motorik terhadap perintah sederhana
3. Pantau status neurologis secara teratur
4. Dorong latihan kaki aktif/ pasif
5. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi
 |
| 2. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi teratasi, dengan kriteria hasil:1. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
2. Berat badan dalam batas nirmal
3. Conjungtiva anemis
4. Tonus otot baik
 | * + - 1. Tentukan motivasi klien untuk mengubah kebiasaan makan
1. Ketahui makanan kesukaan klien
2. Rujuk kedokter untuk menentukan penyebab perubahan nutrisi
3. Bantu makan sesuai dengan kebutuhan klien
4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan untuk makan
 |
| 3. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat mendemontrasikan mobilisasi aktif, dengan kriteria hasil:1. Menunjukkan penggunaan alat bantu secara benar dengan pengawasan.
2. Meminta bantuan untuk beraktivitas mobilisasi jika diperlukan.
3. Menyangga BAB
4. Menggunakan kursi roda secara efektif.
 | 1. Ajarkan klien tentang dan pantau penggunaan alat bantu mobilitas.
2. Ajarkan dan bantu klien dalam proses perpindahan.
3. Berikan penguatan positif selama beraktivitas.
4. Dukung teknik latihan ROM
5. Kolaborasi dengan tim medis tentang mobilitas klien
 |
| 4. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Komunikasi dapat berjalan dengan baik, dengan kriteria hasil:* 1. Klien dapat mengekspresikan perasaan
	2. Memahami maksud dan pembicaraan orang lain
	3. Pembicaraan pasien dapat dipahami
 | * + - 1. Lakukan komunikasi dengan wajar, bahasa jelas, sederhana dan bila perlu diulang
			2. Dengarkan dengan tekun jika pasien mulai berbicara
			3. Berdiri di dalam lapang pandang pasien pada saat bicara
			4. Latih otot bicara secara optimal
			5. Libatkan keluarga dalam melatih komunikasi verbal pada pasien
			6. Kolaborasi dengan ahli terapi wicara
 |

Daftar Pustaka

Smeltzer,C,S.,Bare,G,B.,2005, *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Volume 3 Edisi 8,* ECG, Jakarta, 2131-2143

Kowalak,P,J.,Welsh,W.,Mayer,B.,2013,*Buku Ajar Patofisiologi,* ECG, Jakarta

Bulechek,M,G.,Butcher,K,H.,Dochterman,M,C.,Wagner,M,C,*Nursing Intervensions Classification (NIC) Edisi 6*, ELSEVER, United Kingdom

Blackwell,W., *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2015-2017 Edisi 10*, ECG, Jakarta

*Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragic*. Diakses pada tanggal 1 September 2018 ([http://nursingbegin.com/askep-stroke-hemoragik/](http://nursingbegin.com/askep-stroke-hemorrhagic/)*)*

*Konsep Teori Stroke Hemoragik*. Diakses pada tanggal 1 September 2018 <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/109/>*)*

Asyifaurrohman,M.,Waladhani B., *Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik dengan Masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan*,Juli 2017

Purwanta.,A, *Asuhan Keperawatan pada Ny.M dengan Storke Hemoragik di Ruang Cempaka Bawah RSUD Sukohardjo*., Universitas Muhammadiyah Surakarta., 2012

Syahputra,D,R., *Asuhan Keperawatan pada Ny.Y dengan Stroke Hemoragik di Ruang Unit Stroke RSU Tidar Kota Magelang*, Laporan Kasus, Ungaran 2015

Safitri,K,I.,*Laporan Pendahuluan Stroke Non Hemoragik*,Laporan Pendahuluan, Banjarmasin, 2017

Purwanto,H., *Modul Bahan Ajar Keperawatan, Keperawatan Medikal Bedah II*, Jakarta, Desember 2016,344-358