

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Ny. H” DENGAN KASUS
STROKE
DI PUSKESMAS TAMALANREA JAYA KOTA MAKASSAR
TANGGAL 4 MEI S/D 3 JUNI 2022**



**Karya Tulis Ilmiah
Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

**GABRIEL WANAP
NIM C017191024**

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

NAMA : **GABRIEL WANAP**

NIM : **C017191024**

INTITUSI : D.III Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul *Asuhan Keperawatan Ny.H dengan Stroke di Puskesmas Tamalanrea jaya tanggal 30 Mei s/d 4 Juni 2022*, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia mendapatkan sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 10 Januari 2023



GABRIEL WANAP

PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Ny. H” DENGAN KASUS STROKE
DI PUSKESMAS TAMALANREA JAYA KOTA MAKASSAR
TANGGAL 4 MEI S/D 3 JUNI 2022**

Disusun dan Diajukan Oleh :

**GABRIEL WANAP
NIM C017191024**

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin

Menyetujui

Pembimbing I



**Silvia Malasari, S Kep., Ns., MN
NIP :198304252012122003**

Pembimbing II



**Arnis Puspitha, S Kep., Ns., M. Kes
NIP: 198404192015042002**

Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



**NURMAULID, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198312192010122004**

PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Ny. H” DENGAN KASUS
STROKE DI PUSKESMAS TAMALANREA JAYA KOTA MAKASSAR
TANGGAL 4 MEI S/D 3 JUNI 2022**

Disusun oleh

**GABRIEL WANAP
NIM C017192024**

**Karta tulis ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Sidang
Program Studi D.III Keperawatan**

Pada Hari /Tanggal : Rabu/ 21 Desember 2023

Waktu : Pukul 10.00 -12.00

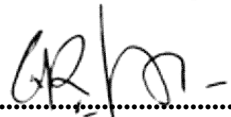
Tempat : Ruangan PB 321 Prodi D.III

Keperawatan

1.Silvia Malasari,S.Kep.,Ns.,MN

(..........)

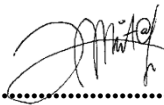
2.Arnis Puspitha,S.Kep.,Ns.,M.Kes

(..........)

3.Andi Marsyita Irwan S.Kep.,Ns.,MN.,PhD

(..........)

4.Framitha Rahman S.Kep.,Ns.,M.Sc

(..........)



Mengetahui

Ketua Program Studi D.III Keperawatan

**NURMA ULID, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198312192010122004**

RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

1. Nama : Gabriel Wanap
2. Tempat/Tgl Lahir : Mindip Tanah 06 Juni 2000
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki
4. Suku/Bangsa : Muyu
5. Agama : Katolik
6. No.Tlp : 082194816876
7. Email : gavrielwanap@gmail.com
8. Alamat : Wisma 2 Unhas

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tamatan Tk Salib Suci Agats 2005-2006
2. Tamatan SD Impres Bipim 2007-2012
3. Tamatan SMP'N 1 Atsj 2012-2015
4. Tamatan SMA'N 1 Agats 2016-2019

ABTRAK

Gabriel Wanap. Asuhan Keperawatan Ny.H dengan Stroke di Puskesmas Tamalanrea jaya tanggal 3 s/d 8 Mei 2022 (dibimbing oleh Silvia Malasari,S Kep.,Ns.,MN dan Arnis Puspitha,S Kep.,Ns.,M.Kes).

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang terjadi mendadak akibat gangguan peredaran darah otak.pasien stroke memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami komplikasi,salah satu yang paling umum terjadi adalah pneumonia.stroke dengan komplikasi pneumonia merupakan penyebab kematian tertinggi dari semua komplikasi penyerta stroke,memperlama waktu inap di rumah sakit dan meningkatkan biaya pengobatan.antibiotika merupakan terapi utama untuk pengobatan stroke dengan komplikasi pneumonia.**Tujuan:** mengevaluasi persepan antibiotika untuk pneumonia pada pasien stroke di Rumah sakit. **Metode:**jenis penelitian ini adalah observasional deskriptif dengan rancangan penelitian *case series* menggunakan data retrospektif.metode *antimicrobial therapy* (AMT) digunakan untuk mengevaluasi ketepatan penggunaan antibiotika untuk pneumonia pada pasien stroke pada periode 2010-2016. **Hasil:** Analisa 50 kasus didapatkan bahwa stroke dengan komplikasi pneumonia lebih tinggi terjadi pada laki-laki (62%), usia lanjut (70%),dan stroke iskemik (76%).Jenis antibiotika yang paling banyak diresepkan adalah seftriakson (18%). evaluasi persepan antibiotika untuk pneumonia pada pasien stroke di Rumah sakit di peroleh 58% persepan tidak sesuai.persepan yang tidak sesuai meliputi:pemilihan antibiotika tidak sesuai (16%) dan pemakaian antibiotika yang tidak sesuai (56%). **Simpulan:** Evaluasi persepan antibiotika untuk pneumonia pada pasien stroke di Rumah sakit Tamalanrea Jaya Dengan metode *antimicrobial therapy*(AMT) diperoleh ketepatan sebesar 36%.

KATA PENGANTAR

Assalammualikum Warahmatullahi Wabarokatuh, Syalom Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmata taufik hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : “Asuhan Keperawatan Pada Klien “Ny. H” Dengan Kasus Strock Di Puskesmas Tamalandrea Jaya Kota Makassar Tanggal 3 Juni S/DT Juni 2022”.

Dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam penyelesaian program studi Diploma III Jurusan Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Hassanuddin.

Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hassanuddin
2. Pemerintah Kabupaten Asmat Provinsi Papua, Bapak Elisa Kambu, S.Sos dan Thomas E. Safanpo, ST.
3. Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D, selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan
4. Kepala Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar beserta Bidan Penanggungjawab yang telah memberikan izin, menyediakan sarana, tempat, waktu dalam pengambilan data untuk karya tulis ilmiah ini.
5. Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
6. Silvia Malasari, S Kep., Ns., MN, selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan ketelitian dan kesabaran sehingga terselesainya karya tulis ilmiah ini.

7. Arnis Puspitha, S. Kep., Ns., M. Kes, selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Andi Marsyita Irwan S. Kep., Ns., MN., PhD, selaku Penguji I yang telah meluangkan waktu untuk hadir.
9. Framita Rahman S. Kep., Ns., M. Kes, selaku Penguji II yang telah meluangkan waktu untuk hadir.
10. Dr Dedi, selaku Pengelola Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
11. Klien “ Ny H”
12. Rekan-rekan mahasiswa yang telah banyak memberikan dorongan moril dan berbagi bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini .

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharap saran dari semua pihak terkait untuk kesempurnaan penulisan karya ilmiah yang akan datang.

Makassar, 17 Juni 2022

Penulis

GABRIEL WANAP

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Blakang	1
B. Tujuan penulisan.....	4
C. Manfaat penulisan.....	5
D. Metode penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep dasar pennyakit.....	7
1. Pengertian lansia	7
B. Konsep penyakit	10
1. Pengertian stroc	10
2. Anatomi fisiologi.....	11
3. Etiologi	14
4. Insiden	17

5.Patofisiologi	18
6.Manifestasi klinis	22
7.Penatalaksanaan medis.....	23
C. Asuhan keperawatan.....	24
1.Pengkajian keperawatan.....	24
2.Diagnosa keperawatan	25
BAB III TINJAUAN KASUS	29
A.Pengkajian data	29
B. Analisa data	33
C.Diagnosa keperawatan.....	33
D.Implementasi dan evaluasi	43
BAB IV PEMBAHASAN	44
A.Manajemen asuhan keperawatan	44
1.Pengkajian.....	44
2.Diagnosis keperawatan	44
3.Implementasi keperawatan.....	46
4.Evaluasi.....	49
BAB V PENUTUP	51
A. Kesimpulan	51
B.Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	33
Tabel 2.2	43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

WHO World Health Organization

NY Nyonya

C Celsius

TD Tekanan Darah

RR Respiration Rate

BB Berat Badan

Kg Kilo Gram

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Secara global *stroke* merupakan penyakit urutan kedua yang dapat menyebabkan kematian serta kecacatan serius. Penyakit *stroke* adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik (Arum, 2015). *World Health Organization (WHO)* menyatakan *stroke* atau *Cerebrovascular disease* adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Arifianto, Sarosa & Setyawati, 2014).

World Health Organization (WHO 2016) melaporkan bahwa penyakit *kardiovaskuler* merupakan penyebab utama kematian di dunia, pada tahun 2012 terjadi 6,7 juta kematian akibat *stroke*. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, prevalensi *stroke* di Indonesia mencapai angka 8,3 per 1.000 penduduk (Haryanto, Setyawan & Kusuma, 2014). Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2013, prevalensi kasus *stroke* tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di Provinsi Papua (2,3%), sedangkan Provinsi Jawa Tengah sebesar 7,7%. Prevalensi *stroke* antara laki-laki dengan perempuan hampir sama (Kemenkes, 2013). Menurut Rikesdas tahun 2013, dalam laporannya mendapatkan bahwa di Indonesia, setiap 1000 orang, 8 orang diantaranya terkena *stroke*. *Stroke* merupakan penyebab utama kematian pada semua umur, dengan proporsi 15,4%. Setiap 7 orang yang meninggal di Indonesia, 1 diantaranya karena *stroke*. Sumatera Barat dalam prevalensi penyakit *stroke* menempati urutan ke 6 (enam) dari 33 provinsi setelah provinsi Nangroe Aceh Darussalam, Kepulauan Riau, Gorontalo, DKI Jakarta, NTB, dengan presentase 10,6% (BPS, 2011).

Sedangkan data yang terdapat di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi didapatkan data jumlah pasien stroke pada bulan Januari – Desember 2019 sebanyak 563 pasien diantaranya terdiagnosis stroke hemoragik.

Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh pembuluh darah otak. Cidera dapat disebabkan oleh sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. Semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai. Stroke mungkin menampilkan gejala, mungkin juga tidak (stroke tanpa gejala disebut juga *silent stroke*), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan (Feigin, 2014).

Gejala stroke yang muncul dapat bersifat fisik, psikologis, atau perilaku. Gejala fisik paling khas adalah kelemahan anggota gerak sampai kelumpuhan, hilangnya sensasi di wajah, bibir tidak simetris, kesulitan berbicara atau pelo (*afasia*), kesulitan menelan, penurunan kesadaran, nyeri kepala (*vertigo*), mual muntah dan hilangnya penglihatan di satu sisi atau dapat terjadi kebutaan (Feigin, 2014)

Salah satu penyebab atau memperparah stroke antara lain hipertensi (penyakit tekanan darah tinggi), *kolesterol*, *arteriosklerosis* (pengerasan pembuluh darah), gangguan jantung, diabetes, riwayat stroke dalam keluarga (factor keturunan) dan *migren* (sakit kepala sebelah). Pemicu stroke adalah hipertensi dan arteriosklerosis.

Sedangkan pada perilaku di sebabkan oleh gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, mengkonsumsi minuman bersoda dan beralkohol gemar mengkonsumsi makanan cepat saji. Faktor perilaku lainnya adalah kurangnya aktifitas gerak /olahraga dan obesitas. Salah satu pemicunya juga adalah suasana hati yang tidak baik seperti sering marah tanpa alasan yang jelas (Soeharto,2015).

Penanganan stroke harus dilakukan dengan cepat dan tepat karena jika semakin lama stroke tidak segera ditangani maka tingkat keparahan stroke semakin tinggi, maka dari itu perlu dilakukan pemeriksaan CT-Scan, EKG, foto toraks, pemeriksaan

darah perifer lengkap, glukosa, APTT, kimia darah dan analisa gas darah. Saturasi oksigen merupakan presentase oksigen yang telah bergabung dengan molekul hemoglobin (Hb), oksigen bergabung dengan Hb dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, pada saat yang sama oksigen dilepas untuk memenuhi kebutuhan jaringan. Tubuh manusia normal membutuhkan pasokan oksigen yang konstan untuk berfungsi secara sehat, kadar oksigen rendah dalam darah dapat menyebabkan kondisi medis yang serius dan mengancam jiwa.

Oksigen merupakan kebutuhan vital bagi setiap makhluk hidup, agar dapat mengukur berapa banyak presentase oksigen yang terkandung dalam darah, atau di dalam air yang diminum ataupun oksigen di udara yang dihirup disebut sebagai saturasi oksigen (Hermawati, 2017). Terkait stabilisasi kondisi respirasi, sirkulasi dan status fisiologis lainnya mengharuskan perawat terus fokus dalam pemantauan pasien kritis dan kompleksitas program terapi untuk mempertahankan kehidupan pada pasien stroke hemoragik yang sering terjadi komplikasi yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Perfusi jaringan serebral adalah penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan. Salah satu yang bisa dilakukan perawat yaitu elevasi kepala 30°. (Brunner dan Suddarth, 2002).

Posisi elevasi kepala merupakan tindakan keperawatan konvensional, pemberian posisi elevasi 30 derajat salah satu bentuk intervensi keperawatan dalam yang rutin dilakukan pada pasien post op *craniotomy*. Teori yang mendasari elevasi kepala ini adalah peninggian anggota tubuh di atas jantung dengan vertebralis axis, akan menyebabkan cairan serebro spinal (CSS) terdistribusi dari kranial ke ruang subarachnoid spinal dan memfasilitasi venous return serebral (Sunardi dkk, 2011) Posisi kepala paling umum yaitu kepala dan tubuh ditinggikan 30 derajat agar dapat mengontrol Tekanan Intra Kranial (TIK), yaitu menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30 derajat. Tujuan untuk menurunkan TIK, jika elevasi lebih tinggi dari 30 derajat maka tekanan perfusi otak akan menurun. Dengan menggunakan elevasi kepala untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak,

posisi kepala yang lebih tinggi dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Hermawati, 2017).

Peran perawat yang paling utama di ruang HCU bangsal syaraf menurut Junaidi (2011) diantaranya memastikan kepatenan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*), serta memantau tekanan darah tiap jam dan bagi pasien yang mengalami penumpukan saliva dilakukan suction serta perubahan posisi miring setiap 2-4 jam sekali. Setelah dilakukan observasi di ruangan HCU bangsal syaraf, tekanan darah pasien hanya dipantau per jam kerja dengan menggunakan monitor, saturasi dan terpasang oksigen. Selain itu, pada saat pemberian obat dan perubahan posisi, perawat selalu berkomunikasi dengan keluarga sehingga keluarga mendapatkan informasi / edukasi atas tindakan yang dilakukan perawat ke pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2017), tentang efektifitas pemeberian posisi head up 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke di IGD Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. Di dapatkan hasil dengan tingkat signifikan $\alpha = 0,05$ di peroleh p value = 0,03. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan sebelum dan sesudah posisi head up 30 derajat.

Maka berdasarkan latar belakang diatas, penulis menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Yn. H dengan stroke hemoragik dengan diberikan Elevasi Kepala 30 derajat untuk meningkatkan saturasi oksigen di Ruang Neurologi 6

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan dari Karya Ilmiah ini bertujuan untuk memahami dan menerapkan Asuhan Keperawatan pada Ny. H dengan kasus Stroke di Puskesmas Tamalandrea Jaya Kota Makassar 2022

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar pada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Puskesmas Tamalandrea Jaya Kota Makassar
- b. Mahasiswa mampu mendeskripsikan hasil pengkajian klien dengan penyakit

Stroke Hemoragik di Puskesmas Tamalandrea Jaya Kota Makassar

- c. Mahasiswa mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Puskesmas Tamalandrea Jaya Kota Makassar
- d. Mahasiswa mampu mendeskripsikan intervensi asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Puskesmas Tamalandrea Jaya Kota Makassar
- e. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Puskesmas Tamalandrea Jaya Kota Makassar
- f. Mahasiswa mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan yang diberikan kepada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Puskesmas Tamalandrea Jaya Kota Makassar
- g. Mampu melakukan pendokumentasian dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien dengan Stroke Hemoragik.

C. Manfaat Penulisan

Manfaat yang diharapkan dari penyusunan karya Tulis Ilmiah ini adalah :

1. Bagi penulis

Untuk menambahkan pengetahuan dan wawasan bagi penulis tentang asuhan keperawatan dengan masalah Stroke Non Hemoragik karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadikan salah satu cara penulis mengaplikasi ilmu yang diperoleh didalam perkuliahan.

2. Bagi Institusi

Pendidikan manfaat penulisan karya ilmiah ini sebagai masukan dan tambahan wacana pengetahuan, menambahkan wacana bagi mahasiswa dan sebagai bahan referensi untuk menambahkan wawasan bagi mahasiswa Diploma III Keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien penderita stroke non hemoragik.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai masukan untuk menambahkan bahan informasi, referensi dan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga mampu mengoptimalkan pelayanan asuhan keperawatan kepada masyarakat terutama dengan masalah stroke non hemoragik.

D. Metodologi

- 1.** Tempat waktu Pelaksanaan Studi Asuhan keperawatan Studi asuhan keperawatan dilakukan di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar pada tanggal 3 Mei 2022.
- 2.** Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data Sumber data dalam studi ini ini adalah pasien Ny.H dengan diagnosis medis stroke. Prosedur pengumpulan data pada studi asuhan keperawatan yang dilakukan adalah dengan menggunakan lembar pengkajian keperawatan Gerontik, kemudian melakukan wawancara dengan responden untuk dijawab/diisi. Data yang dikumpul berupa data primer. Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dengan responden (sampel) dan untuk menghasilkan informasi. Adapun data pengumpulan primer diperoleh dari wawancara dan pengisian lembar pengkajian keperawatan medikal bedah.
- 3.** Analisa Data

Data dalam studi studi asuhan keperawatan ini merupakan data tunggal yang kemudian diolah dan dianalisis berdasarkan proses keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP LANSIA

1. Pengertian lansia

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Aspiani, 2014, h. 30). Proses menua merupakan proses terus menerus atau berkelanjutan secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup. Proses menua setiap individu pada organ tubuh juga tidak sama cepatnya. Adakalanya orang belum tergolong lanjut usia atau masih muda tapi kekurangan-kekurangannya menonjol (Aspiani, 2014, h. 30). Menua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun dari luar tubuh walaupun demikian harus diakui bahwa dihadapi berbagai penyakit yang sering menghinggapi berbagai penyakit. Proses menua sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai usia deaasa (Aspiani, 2014, h. 30). Berdasarkan definisi diatas menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menjadi tua adalah proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran mulai kurang jelas, penglihatan mulai memburuk, gerakan lambat, dan figur tubuh yang tidak proporsional.

a. Teori-teori Proses Menua

Proses menua sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai usia dewasa misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan saraf, dan jaringan lain sehingga tubuh mati sedikit demi sedikit. Teroi proses menua ada 3 jenis yaitu:

a) Teori Biologi

1) Teori Genetik Clock

Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetic didalam nuklei. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka akan menyebabkan berhentinya proses mitosis. Hal ini ditunjukkan oleh hasil penelitian haiflick (1980), dari teori itu dinyatakan adanya hubungan antara kemampuan membelah sel dalam kultur dengan umur spesies mutasi somatic. Hal penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam menganalisis factor penyebab terjadinya proses menua adalah faktor lingkungan yang menyebabkan terjadinya mutasi somatic. Radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur menurut teori ini terjadi mutasi progresif pada DNA sel somatic akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

2) Teori Error

Menurut teori ini proses menua diakibatkan oleh menumpuknya berbagai macam kesalahan sepanjang kehidupan manusia akibat kesalahan tersebut akan berakibat kesalahan metabolisme yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi sel secara perlahan. Sejalan dengan umur sel tubuh, maka terjadi beberapa perubahan alami pada sel pada DNA dan RNA, yang merupakan substansi pembangun atau pembentuk sel baru. Peningkatan usia mempengaruhi perubahan sel dimana sel-sel nucleus menjadi lebih besar tetapi tidak diikuti dengan peningkatan jumlah substansi DNA.

3) Teori Autoimun

Pada teori ini, penuaan dianggap disebabkan oleh adanya penurunan fungsi system immune. Perubahan itu lebih tampak secara nyata pada Limposit, T disamping perubahan juga terjadi pada Limposit, B. perubahan yang terjadi meliputi penurunan system immun humoral, yang dapat menjadi factor predisposisi pada orang tua untuk:

- Menurunkan resistensi melawan pertumbuhan tumor dan perkembangan kanker

- menurunkan kemampuan untuk mengadakan inisiasi proses dan secara agresif memobilisasi pertahanan tubuh terhadap pathogen
- meningkatkan produksi autoantigen, yang berdampak pada semakin meningkatnya risiko terjadinya penyakit yang berhubungan dengan autoimun.

4) Teori Free Radical

Teori radikal bebas mengasumsikan bahwa proses menua menjadi akibat kurang efektifnya fungsi kerja tubuh. Yang disebut radikal bebas disini adalah molekul yang memiliki tingkat afinitas yang tinggi, merupakan molekul, fragmen molekul atau atom dengan electron yang bebas tidak berpasangan. Radikal bebas merupakan zat yang terbentuk dalam tubuh manusia sebagai salah satu hasil kerja metabolisme tubuh. Walaupun secara normal terbentuk dari proses metabolisme tubuh, tetapi ia dapat terbentuk akibat;

- proses oksidasi lingkungan seperti pengaruh polutan, ozon dan pestisida.
- Reaksi akibat paparan dengan radiasi
- Sebagai reaksi berantai dengan molekul bebas lainnya. Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas dapat berupa: superoksida (O_2^-), radikal hidroksil, dan H_2O_2 . Radikal bebas sangat merusak karena sangat reaktif, sehingga dapat bereaksi dengan DNA, protein, dan asam lemak tak jenuh.

5) Teori kolagen

Kelebihan usaha dan stress dapat menyebabkan kerusakan sel tubuh.

6) Teori biologi

Peningkatan jumlah kolagen dalam jaringan menyebabkan kecepatan kerusakan jaringan dan melambatnya proses perbaikan sel jaringan.

7) Teori Pemaparan (Exposure Theory)

Terpaparnya sinar matahari yang mempunyai kemampuan mirip dengan sinar ultra yang lain mampu mempengaruhi susunan DNA sehingga proses penuaan atau kematian sel bisa terjadi

B. Konsep Stroke

1. Pengertian stroke

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan di peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Fransisca, 2012).

Stroke adalah disfungsi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak dengan tanda dan gejala sesuai dengan daerah fokal pada otak yang terganggu (WHO, 2012).

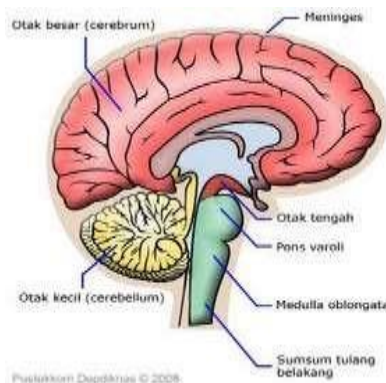
Dua jenis stroke yang utama adalah iskemik (non Hemoragik) dan hemoragik. Stroke iskemik (non Hemoragik) disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis (pengumpulan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahnya gumpalan darah /benda asing yang ada didalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah kedalam otak) ke bagian otak.

Perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang subaraknoid adalah penyebab dari stroke hemoragik. Jumlah stroke iskemik sekitar 83% dari seluruh kasus stroke. Sisanya sebesar 17% adalah stroke hemoragik (Joyce & Jane 2014).

2. Anatomi Fisiologi Stroke

a. Anatomi

Gambar 2.1



b. Fisiologi

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat computer dari semua alat tubuh . Bagian dari saraf sentral yang terletak didalam rongga tengkorak (kranium) dibungkus oleh selaput otak yang kuat. Otak terletak dalam rongga cranium berkembang dari sebuah tabung yang mulanya memperlihatkan tiga gejala

pembesaran otak awal. Otak depan menjadi hemifer serebri, korpus striatum, thalamus, serta hypothalamus. Otak tengah, tegmentum, krus serebrium, korpus kurdigeminus. Otakbelakang, menjadi pons varoli, medulla oblongata, dan serebelum.

a) Sereberum

Sereberum (otak besar) merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur, mengisi penuh bagian atas rongga tengkorak. Masing – masing disebut fosa kranialis atas dan fosa kranialis mediac. Pada otak besar di temukan beberapa lobus yaitu :

- b) Lobus frontalis adalah bagian dari sereberum yang terletak di depan sulkusentralis.
- c) Lobus parientalis terdapat di depan sulkus sentralis dan dibelakangi oleh korako -oksipitalis.
- d) Lobus temporalis, terdapat di bawah lateral dari fisura sereberalis dan di depan lobus oksipitalis Oksipitalis yang mengisi bagian belakang dari sereberum. Korteks serebri selain dibagi dalam lobus dapat juga di bagi menurut fungsi dan banyaknya area. Cambel membagi bentuk korteks serebri menjadi 20 area. Secara umum korteks serebri di bagi menjadi empat bagian:
 - 1) Korteks sensoris. Pusat sensasi umum primer suatu hemisfer serebri yang mengurus bagian badan, luas daerah korteks yang menangani suatu alat atau bagian tubuh yang bersangkutan.
 - 2) Korteks asosiasi. Tiap indra manusia , korteks asosiasi sendiri merupakan kemampuan otak manusia dalam bidang intelektual, ingatan, pikiran, rangsan yang diterima , diolah dan disimpan serta dihubungkan dengan data yang lain. Bagian anterior lobus temporalis m.empunyai hubungan dengan psikokorteks.

- 3) Korteks motoris menerima impuls dari korteks sensori, fungsi utamanya adalah konstri buksi pada traktus piramidalis yang mengatur bagian tubuh kontralateral.
- 4) Korteks pre – frontal terletak pada lobus frontalis berhubungan dengan sikap entaldan kepribadian.

c. Batang Otak

Batang otak terdiri dari :

- 1) Diensefalon, bagian batang otak paling atas terdapat di antara serebelum dengan mesensefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di bagian lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap ke samping. Fungsinya dari diensefalon :
 - a) Vasokonstriktor, mengecilkan pembuluh darah
 - b) Respiratori, membantu proses persarafan
 - c) Mengontrol kegiatan reflex
 - d) Membantu kerja jantung
2. Mensesefalon, atap dari mensesefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol keatas. Dua disebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Serta nervus troklearis berjalan kearah dorsal menyilang garis tengah ke sisi lain. Fungsinya :
 - a). Membantu pergerakan mata dan mengangkat kelopak mata.
 - b). Memutar mata dan pusat pergerakan mata.

Pons varoli barikum pontis yang menghubungkan mesensefalon dengan pons varoli dan dengan serebelum, terletak di depan serebelum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Di sini terdapat premoktosid yang mengatur gerakan pernafasandan refleks. Fungsinya :

penghubung anantara kedua bagian serebelum dan juga antara medulla oblongata dengan serebelum atau otak besar pusat saraf nervus trigeminus.
3. Medulla oblongata merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medula spinalis. Bagian bawah

medulla oblongata merupakan persambungan medulla spinalis ke atas, bagian atas medulla oblongata yang melebar disebut kanalis sentralis di daerah tengah bagian ventral medulla oblongata.

Fungsinya :

- a. mengontrol kerja jantung
- b. mengecilkan pembuluh darah
- c. pusat pernafasan
- d. mengontrol kegiatan refleks

d) Serebelum

Serebelum (otak kecil) terletak dibagian bawah dan dibelakang tengkorak dipisahkan dengan sereberum oleh fisura transversalis di belakang oleh pons vorali dan diatas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut afren sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi. Bentuknya oval, bagian yang mengecil pada sentral disebut vermis dan bagian yang melebar pada lateral disebut hemisfer.

Serebelum berhubungan dengan batang otak melalui pundun kulus serebri inferior. Permukaan luar serebelum berlipat – lipat menyerupai serebelum tetapi lipatannya lebih kecil dan lebih lentur. Permukaan serebelum ini mengandung zat kelabu. Korteks serebelum dibentuk oleh substansia grisea, terdiri dari tiga lapisan yaitu granular luar, lapisan purkinje, lapisan granular dalam. Serabut saraf yang masuk dan yang keluar dari sereberum harus melewatiserebelum.

3. Etiologi

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan (stroke hemoragik) disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh stress psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Junaidi, 20114). Selain hal-hal yang

disebutkan diatas, ada faktor-faktor lain yang menyebabkan stroke (Arum, 2015) diantaranya :

a. Faktor Resiko Medis Faktor risiko medis yang memperparah stroke adalah:

- 1) Arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah)
- 2) Adanya riwayat stroke dalam keluarga (factor keturunan)
- 3) Migraine (sakit kepala sebelah)

b. Faktor Risiko Pelaku

Stroke sendiri bisa terjadi karena faktor risiko pelaku. Pelaku menerapkan gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat. Hal ini terlihat pada :

- 1) Kebiasaan merokok
- 2) Mengonsumsi minuman bersoda dan beralkohol
- 3) Suka menyantap makanan siap saji (fast food/junkfood)
- 4) Kurangnya aktifitas gerak/olahraga
- 5) Suasana hati yang tidak nyaman, seperti sering marah tanpa alasan yang jelas

c. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

- 1) Hipertensi (tekanan darah tinggi) 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 berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak, maka otak kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama kelamaan jaringan otak akan mati.
- 2) Penyakit Jantung Penyakit jantung seperti koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi factor terbesar terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah tubuh. Jika pusat pengaturan 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 Melitus Pembuluh darah pada penderita diabetes melitus 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 dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak.
- 5) Obesitas Obesitas atau overweight (kegemukan) merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL (Low-Density Lipoprotein) lebih tinggi dibanding kadar HDL (High-Density Lipoprotein). Untuk standar Indonesia, seseorang dikatakan obesitas jika indeks massa tubuhnya melebihi 25 kg/m. sebenarnya ada dua jenis obesitas atau kegemukan yaitu obesitas abdominal dan ditandai dengan lingkar pinggang lebih dari 102 cm bagi pria dan 88 cm bagi wanita
- 6) Merokok Menurut berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang-orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya

penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah. besitas perifer. Obesitas abdominal.

d. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

- 1) Usia Semakin bertambahnya usia, semakin besar resiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak.
- 2) Jenis Kelamin Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait bahwa laki-laki cenderung merokok. Bahaya terbesar dari rokok adalah merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh.
- 3) Riwayat Keluarga Jika salah satu anggota keluarga menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki resiko lebih besar untuk terkena stroke disbanding dengan orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.
- 4) Perbedaan Ras Fakta terbaru menunjukkan bahwa stroke pada orang Afrika Karibia sekitar dua kali lebih tinggi daripada orang non-Karibia. Hal ini dimungkinkan karena tekanan darah tinggi dan diabetes lebih sering terjadi pada orang afrika-karibia daripada orang non Afrika Karibia.

Hal ini dipengaruhi juga oleh factor genetic dan faktor lingkungan.

4. Insiden

a. Stroke Haemorrhagic (SH)

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun.

b. Stroke Non Haemorrhagic (SNH)

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadiperdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnyadapat timbul edema sekunder .

4. Pathofisiologi

Otak merupakan bagian tubuh yang sangat sensitif oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti halnya pada otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari seluruh badan, namun menggunakan sekitar 25% suplay oksigen dan 70% glukosa. Jika aliran darah ke otak terhambat maka akan terjadi iskemia dan terjadi gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Area otak disekitar yang mengalami hipoperfusi disebut penumbra. Jika aliran darah ke otak terganggu, lebih dari 30 detik pasien dapat mengalami tidak sadar dan dapat terjadi kerusakan jaringan otak yang permanen jika aliran darah ke otak terganggu lebih dari 4 menit(Tarwoto, 2013).

- 1.** Untuk mempertahankan aliran darah ke otak maka tubuh akan melakukan dua mekanisme tubuh yaitu mekanisme anatomis dan mekanisme autoregulasi. Mekanisme anastomis berhubungan dengan suplai darah ke

otak untuk pemenuhan kebutuhan oksigen dan glukosa. Sedangkan mekanisme autoregulasi adalah bagaimana otak melakukan mekanisme/usaha sendiri dalam menjaga keseimbangan. Misalnya jika terjadi hipoksemia otak maka pembuluh darah otak akan mengalami vasodilatasi (Tarwoto, 2013)

- a. Mekanisme Anatomis Otak diperdarahi melalui 2 arteri karotis dan 2 arteri vertebralis. Arteri karotis terbagi menjadi karotis interna dan karotis eksterna. Karotis interna memperdarahi langsung ke dalam otak dan bercabang kira-kira setinggi kiasma optikum menjadi arteri serebri anterior dan media. Karotis eksterna memperdarahi wajah, lidah dan faring, meninges. Arteri vertebralis berasal dari arteri subclavia. Arteri vertebralis mencapai dasar tengkorak melalui jalan tembus dari tulang yang dibentuk oleh prosesus tranverse dari vertebra servikal mulai dari c6 sampai dengan c1.

Masuk ke ruang cranial melalui foramen magnum, dimana arteri-arteri vertebra bergabung menjadi arteri basilar. Arteri basilar bercabang menjadi 2 arteri serebral posterior yang memenuhi kebutuhan permukaan medial dan inferior arteri baik bagian lateral lobus temporal dan occipital. Meskipun arteri karotis interna dan vertebrabasilaris merupakan 2 sistem arteri yang terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tapi ke duanya disatukan oleh pembuluh dan anastomosis yang membentuk sirkulasi wilisi. Arteri serebri posterior dihubungkan dengan arteri serebri media dan arteri serebri anterior dihubungkan oleh arteri komunikan anterior sehingga terbentuk lingkaran yang lengkap. Normalnya aliran darah dalam arteri komunikans hanyalah sedikit. Arteri ini

merupakan penyelamat bilamana terjadi perubahan tekanan darah arteri yang dramatis.

- b. Mekanisme Autoregulasi Oksigen dan glukosa adalah dua elemen yang penting untuk metabolisme serebral yang dipenuhi oleh aliran darah secara terus menerus. Aliran darah serebral dipertahankan dengan kecepatan konstan 750 ml/menit. Kecepatan serebral konstan ini dipertahankan oleh suatu mekanisme homeostasis sistemik dan local dalam rangka mempertahankan kebutuhan nutrisi dan darah secara adekuat.

Terjadinya stroke sangat erat hubungannya dengan perubahan alirandarah otak, baik karena sumbatan/oklusi pembuluh darah otak maupun perdarahan pada otak menimbulkan tidak adekuatnya suplai oksigen dan glukosa. Berkurangnya oksigen atau meningkatnya karbondioksida merangsang pembuluh darah untuk berdilatasi sebagai kompensasi tubuh untuk meningkatkan aliran darah lebih banyak. Sebaliknya keadaan vasodilatasi memberi efek pada tekanan intracranial. Kekurangan oksigen dalam otak (hipoksia) akan menimbulkan iskemia. Keadaan iskemia yang relative pendek/cepat an dapat pulih kembali disebut transient ischemic attacks (TIAs). Selama periode anoxia (tidak ada oksigen) metabolisme otak cepat terganggu. Sel otak akan mati dan terjadi perubahan permanen antara 3-10 menit anoksia.

5. Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasikolateral. Pada stroke hemoragik, gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot vulenter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri middle sebelah kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area *Broca*, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi

karena kerusakan pada area *Wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

- e. Disatria (bicara cedel atau pelo) Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- f. Gangguan penglihatan, diplopia Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI
- g. Disfagia Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus

- h. Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
- i. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

6. Tes Diagnostik

Menurut Fransisca (2013), pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke sebagai berikut :

- a. Angiografi serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahankan atau sumbatan arteri.
- b. Skan tomografi komputer (computer tomography scan-CT). Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK). peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarakhnoid dan perdarahan intrakranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi.
- c. Magnetic Resonance Imaging (MRI). menunjukkan daerah infark, pendarahan, malformasi arteriovenosa (AVM)
- d. Ultrasonografi doppler (USG doppler). mengidentifikasi penyakit arteriovera (masalah sistem arteri karotis [aliran darah atau timbulnya plak]) dan arteriosklerosis.
- e. Elektroensefalogram (Electroencephalogram-EEG). mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

- f. Sinar tengkorak menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan 13 dari massa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral; kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada pendarahan subaraknoid

7. Penatalaksanaan Medis

- a. Adapun penatalaksanaan medis menurut Muttaqin (2008) yaitu: Penatalaksanaan Medis
 - 1) 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.
 - 2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK Dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.
 - 3) Pengobatan
 - a) Anti Koagulan : Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut
 - b) Obat Anti Trombotik : Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik
 - c) Diuretika : Untuk menurunkan edema serebral
 - 4) Pembedahan
Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

C. ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Nursalam, 2011).

Pengkajian pada pasien stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial.

a. Identitas klien

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

b. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Penyakit sekarang

Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit dapat terjadi letargi, tidak responsive dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian obat-obatan yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat anti hipertensi, anti lipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang

dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Perawat juga memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis yang akan terjadi pada gaya hidup individu. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri atas dua masalah : keterbatasan yang diakibatkan oleh deficit neurologis dalam hubungannya dengan peran sosial klien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologis di dalam sistem dukungan individu.

g. Pengkajian Aktivitas/ istirahat

Gejala : merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia). Merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/ kejang otot).

Tanda : gangguan tonus otot (flaksid, spastis) ; paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum. Gangguan penglihatan dan gangguan tingkat kesadaran.

h. Pengkajian Sirkulasi

Gejala : adanya penyakit jantung (MCI/Myocard Infarct, penyakit jantung vaskuler), GJK (Gagal Jantung Kongestif), endokarditis bakterial, polisitemia, riwayat hipotensi postural.

Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme/ malformasi vaskuler.

Nadi : frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung/kondisi jantung, obat-obatan, efek 24 stroke pada pusat

vasomotor), distritmia, perubahan EKG, desiran pada karotis, femoralis dan arteri iliaka/aorta yang abnormal.

i. Integritas ego

Gejala : perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

j. Eliminasi

Gejala : perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urine, anuria. Distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik).

k. Makanan/ cairan

Gejala : nafsu makan hilang, mual munta selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokkan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

Tanda : kesulitan menelan (gangguan pada reflek palatum dan faringeal), obesitas (faktor risiko).
1. Neurosensori Pemeriksaan 12 Saraf kranial :

- 1) Saraf Olfaktorius (N. I) Fungsi : saraf sensorik, untuk penciuman. Cara pemeriksaan : anjurkan klien menutup mata dan uji satu persatuan hidung klien kemudian anjurkan klien untuk mengidentifikasi perbedaan bau-bauan yang diberikan. (seperti teh atau kopi).
- 2) Saraf Optikus (N. II) Fungsi : saraf sensorik, untuk penglihatan. Cara pemeriksaan : dengan snellen cart pada jarak 5-6 meter dan pemeriksaan luas pandang dengan cara menjalankan sebuah benda dari samping ke depan (kanan dan kiri, atas kebawah).
- 3) Saraf Okulomotorius (N. III) Fungsi : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata dan kontraksi pupil. Cara pemeriksaan : anjurkan klien menggerakkan mata dari dalam keluar, dan dengan menggunakan lampu senter uji reaksi pupil dengan memberikan rangsangan sinar kedalamnya.

- 4) Saraf troklearis (N. IV) Fungsi : saraf motorik, untuk pergerakan bola mata. Cara pemeriksaan : anjurkan klien melihat kebawah dan kesamping kanan-kiri dengan menggerakkan tangan pemeriksa.
- 5) Saraf Trigeminalis (N. V) Fungsi : saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kornea dan reflek berkedip. 26 Cara pemeriksaan : Dengan menggunakan kapas halus sentuhan pada kornea klien perhatikan reflek berkedip klien, dengan kapas sentuhkan pada wajah klien, uji kepekan lidah dan gigi, anjurkan klien untuk menggerakkan rahang atau menggigit.
- 6) Saraf Abdusen (N. VI) Fungsi : saraf motorik, pergerakan bola mata kesamping melalui otot lateralis. Cara pemeriksaan : anjurkan klien melirik kanan dan kiri.
- 7) Saraf Fasialis (N. VII) Fungsi : saraf motorik, untuk ekspresi wajah. Cara pemeriksaan : dengan cara menganjurkan klien tersenyum, mengangkat alis, mengerutkan dahi, uji rasa dengan menganjurkan klien menutup mata kemudian tempatkan garam/gula pada ujung lidah dan anjurkan mengidentifikasi rasa tersebut.
- 8) Saraf Vestibulokoklear (N. VIII) Fungsi : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan. Cara pemeriksaan : tes rine weber dan bisikan, tes keseimbangan dengan klien berdiri menutup mata.
- 9) Saraf Glosofaringeus (N. IX) Fungsi : saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa. 27 Cara pemeriksaan: dengan cara membedakan rasa manis dan asam dengan menggembungkan mulut.
- 10) Saraf Vagus (N. X) Fungsi : saraf sensorik dan motorik, reflek muntah dan menelan. Cara pemeriksaan : dengan menyentuh faring posterior, klien menelan saliva disuruh mengucapkan kata ah.
- 11) Saraf Asesorius (N. XI) Fungsi : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu. Cara pemeriksaan : anjurkan klien untuk menggerakkan bahu dan lakukan tahanan sambil klien melawan tahanan tersebut.

12) Saraf Hipoglosus (N. XII) Fungsi : saraf motorik, untuk menggerakkan lidah. Cara pemeriksaan : dengan cara klien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi. (Amin & Hardhi, 2012)

2. **Diagnosa keperawatan**

1. Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot dan massa otot
2. Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan
3. gangguan komunikasi verbal