

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dasar stroke

1. DEFINISI

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat atau kematian. Definisi stroke menurut *World Health Organization* adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak baik fokal maupun global, dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Munir, 2015)

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke bagian jaringan otak tiba-tiba terganggu karena aliran darah dapat menyebabkan terhambatnya proses metabolisme sel-sel saraf yang merusak atau mematikan sel otak (Sunarti & Septi Shinta, 2011)

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Frasusca B & Baticaca, 2012)

Stroke adalah defisit (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Stroke terjadi akibat gangguan pembuluh darah di otak. Gangguan

peredaran darah otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (rizaldy & laksmi, 2010)

2. KLASIFIKASI

Menurut septi (2011) stroke dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu stroke iskemik (Non Hemoragik) dan Stroke Hemoragik,

a. Stroke iskemik (Non Hemoragik)

Terjadi apabila salah satu cabang dari pembuluh darah otak mengalami penyumbatan, sehingga bagian otak yang harusnya mendapat suplai darah dari cabang pembuluh darah tersebut akan mati karena tidak mendapatkan suplai oksigen dan aliran darah. Suplai iskemik dibagi menjadi 3 jenis, yaitu :

- a) Stroke trombotik yaitu proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan
- b) Stroke embolik tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
- c) Hipoperfusion sistemik yaitu berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung

b. Stroke Hemoragik

Terjadi karena pecahnya pembuluh darah di otak terkait dengan terjadinya peningkatan tekanan darah. Akibat gesekan dari darah yang mengalir penderita hipertensi yang bisa menyebabkan

pecahnya pembuluh darah. Stroke Hemoragik dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

- a) Hemoragik intraserebral yaitu perdarahan yang terjadi di didalam jaringan otak
- b) Hemoragik subaraknoid yaitu perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak)

3. ETIOLOGI

Penyebab-penyebabnya menurut (digiulio Mary, 2014) antara lain:

- a. Thrombosis (bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak)

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Keadaan yang dapat menyebabkan thrombosis cerebral:

- a) Atherosklerosis / arteriosklerosis

Adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya ketentuan atau elastisitas pembuluh darah.

- b) Hypercoagulasi pada polysitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas hematocrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral

- c) Arteritis (radang pada arteri)

b. Embolisme serebral (bekuan darah atau materiallain)

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh darah, lemak danudara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus dijantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

c. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)

d. Haemortologi

Perdarahan intrakarnial atau intra serebral termasuk perdarahan dalam ruang sub arachnoid/kedalam jaringan otak sendiri. Ini terjadi karena atherosclerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah parenkim oak yang dapat mengakibatkan penekanan, pengerasan dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, oedema dan mungkin hamiasi otak.

- a) Hyposkia umum
- b) Hipertensi yang parah
- c) Cardiac pulmonary arrest
- d) CO turun akibat aritmia
- e) Hypoksia setempat
- f) Spasme arteri serebral yang disertai perdarahan sub ar dinoid

e. Vasokatriksi areteri otak disertai sakit kepala migran

Tanda dan gejalayang muncul sangat tergantung dengan daerah otak yangterkena :

- a) Pengaruh terhadap status mental : tidak sadar konfus, lupa tubuh sebelah
- b) Pengaruh secara fisik: paralise, disfagia, gangguan sentuhan dan sensasi gangguan penglihatan
- c) Pengaruh terhadap komunikasi, bicara tidak jelas, kehilangan bahasa.

4. TANDA DAN GEJALA

Menurut (Smeltzer. dkk, 2002), stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, gejala yang muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

Manifestasi klinis (tanda dan gejala) dari stroke menurut Smelthzer & Bare (2002) adalah sebagai berikut:

1. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilanagan control volunteer terhadap gerakan mmotorik. Karena

neuron motor atas melintas, gangguan control moto volunteer pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motoric paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiperasis atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain.

2. Kehilangan komunikasi

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

- a. Disartria (kesulitan bicara): ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh parais otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara
- b. Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilanagn bicara), yang terutama ekspresif ataureseptif.

3. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke.

5. MANIFESTASI KLINIS

(Indrawati,L., Sari,W, & Dewi, 2016) gejala dan stroke sering muncul secara tiba-tiba dan cepat. Oleh karena itu penting mengenali tanda-tanda atau gejala stroke antara lain:

- a. Nyeri kepala secara hebat dan tiba-tiba
- b. Pusing, yakni merasa benda-benda disekitarnya berputar atau merasa golang, biasanya disertai dengan rasa mual dan muntah
- c. Bingung, terjadinya gangguan orientasi ruang,waktu dan personal
- d. Penglihatan kabur atau ketajaman penglihatan menurun. Bisa pada salah satu mata ataupun kedua mata
- e. Kesulitan bicara secara tiba-tiba, mulut terlihat tertarik ke satu sisi “perot”
- f. Kehilangan keseimbangan
- g. Rasa kebas, yakni mati rasa, atau kesemutan pada sisi tubuh
- h. Kelemahan otot-otot pada satu sisi tubuh

Berdasarkan gejala dan tanda serta waktu terjadinya serangan, dapat diperkirakan letak kerusakan jaringan otak serta jenis stroke yang menyerang yakni :

- a) Kesemutan atau kelemahan otot pada sisi kanan tubuh menunjukkan terjadinya gangguan pada otak belahan kiri.
- b) Kehilangan keseimbangan menunjukkan gangguan terjadi di pusat keseimbangan, yakni antara lain daerah otak kecil (cerebellum). Serangan stroke yang terjadi saat penderita sedang

istirahat atau tidur umumnya adalah stroke iskemik. Gejala munculnya secara bertahap dan kesadaran umum baik, kecuali iskemiknya terjadi karena sumbatan embolus yang berasal dari jantung maka gejala muncul mendadak dan disertai nyeri kepala.

Manifestasi klinis pasien stroke beragam tergantung dari daerah yang terkena dan luasnya kerusakan jaringan serebral. Manifestasi yang umumnya terjadi yaitu kelemahan alat gerak, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan komunikasi, sakit kepala, dan gangguan keseimbangan. Tanda dan gejala ini biasanya terjadi secara mendadak, fokal, dan mengenai satu sisi (Lemone & Priscilla dkk, 2015).

6. KOMPLIKASI

Komplikasi pada stroke non hemoragik adalah:

- a. Berhubungan dengan imobilisasi, infeksi pernapasan, nyeri pada daerah tertekan, konstipasi
- b. Berhubungan dengan paralise, nyeri punggung, dislokasi sendi, deformitas, terjatuh.
- c. Berhubungan dengan kerusakan otak : epilepsi, sakit kepala
- d. Hidrosefalus

7. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Menurut (muttaqin & arif, 2008), pemeriksaan penunjang pada stroke adalah :

1. Pemeriksaan diagnostic

a. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan bentuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vascular.

b. Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada sub araknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya likuor masih normal (Xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

c. CT Scan

Pemindai ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel atau menyebabkan menyebar ke permukaan otak.

d. MRI

MRI (magnetic resonance imaging) menggunakan gelombang magnetic untuk menentukannya posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat hemoragik.

e. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

f. EEG

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

2. Pemeriksaan laboratorium

a. Pemeriksaan darah rutin dan lengkap, untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri

b. Pemeriksaan kimia darah, pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

8. PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan untuk stroke non hemoragik, antara lain:

1. Menurunkan kerusakan iskemik cerebral

Infark cerebral terdapat kehilangan secara mantap ini central jaringan otak, sekitar daerah itu adanya kemungkinan jaringan yang masih bisa diselamatkan, tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan O₂, glukosa dan aliran darah yang adekuat dapat mengontrol/memperbaiki disritmia (irama dan rekuensi) serta tekanan darah.

2. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

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

3. Pengobatan

a. Anti koagulan: Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.

b. Obat anti trombotik : pemberian ini diharapkan bisa mencegah peristiwa trombolitik/emobalik.

c. Diuretika : untuk menurunkan edema secebral

4. Penatalaksanaan pembedahan

Enndarterekomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak. Penderita yang menjalankan tindakan seringkali bisa menderita beberapa penyulit seperti hipertensi, diabetes dan kardiovaskular yang luas. Tindakan ini dilakukan dengan anestesi umum sehingga saluran pernapasan dan kontrol ventilasi yang baik dapat dipertahankan.

9. PATOFISIOLOGI

Iskemik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan penurunan energy yang dihasilkan oleh sel neuron tersebut. Sednagkan tahap yang ke dua , ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

tersebut memicu respon inflamasi dan di akhiri dengan kematian sel secara apoptosis terhadapnya.

Proses pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada saraf darah otak, kegagalan energy, hilangnya hematisis ion, asidosis, peningkatan kalsium ekstrasel, toksisitas yang dipicu oleh keberadaan radikal bebas (yasmara, 2016).

Infark serebral adalah kekurangan suplai darah tertentu di otak. Luasnya infark tergantung dengan faktor lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi koleteral terhadap daerah yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah yang ke otak dapat berubah (makin lambat atau makin cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia dikarenakan gangguan paru dan jantung) atherosklerotik sering atau cenderung sebagai faktor penyebab infark pada otak.

Thrombus juga berasal dari plak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi. Thrombus juga dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dari aliran pembuluh darah. Thrombus menyebabkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema juga kongesti di sekitar area. Area edema ini mengakibatkan disfungsi yang lebih

besar dari pada area infark itu sendiri edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang juga bisa berkurang dalam beberapa hari dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena itu thrombosis biasanya tidak fatal apabila tidak ada perdarahan massif. Oklusi pada pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan mengakibatkan peredaran darah serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur (wijaya & putri, 2013).

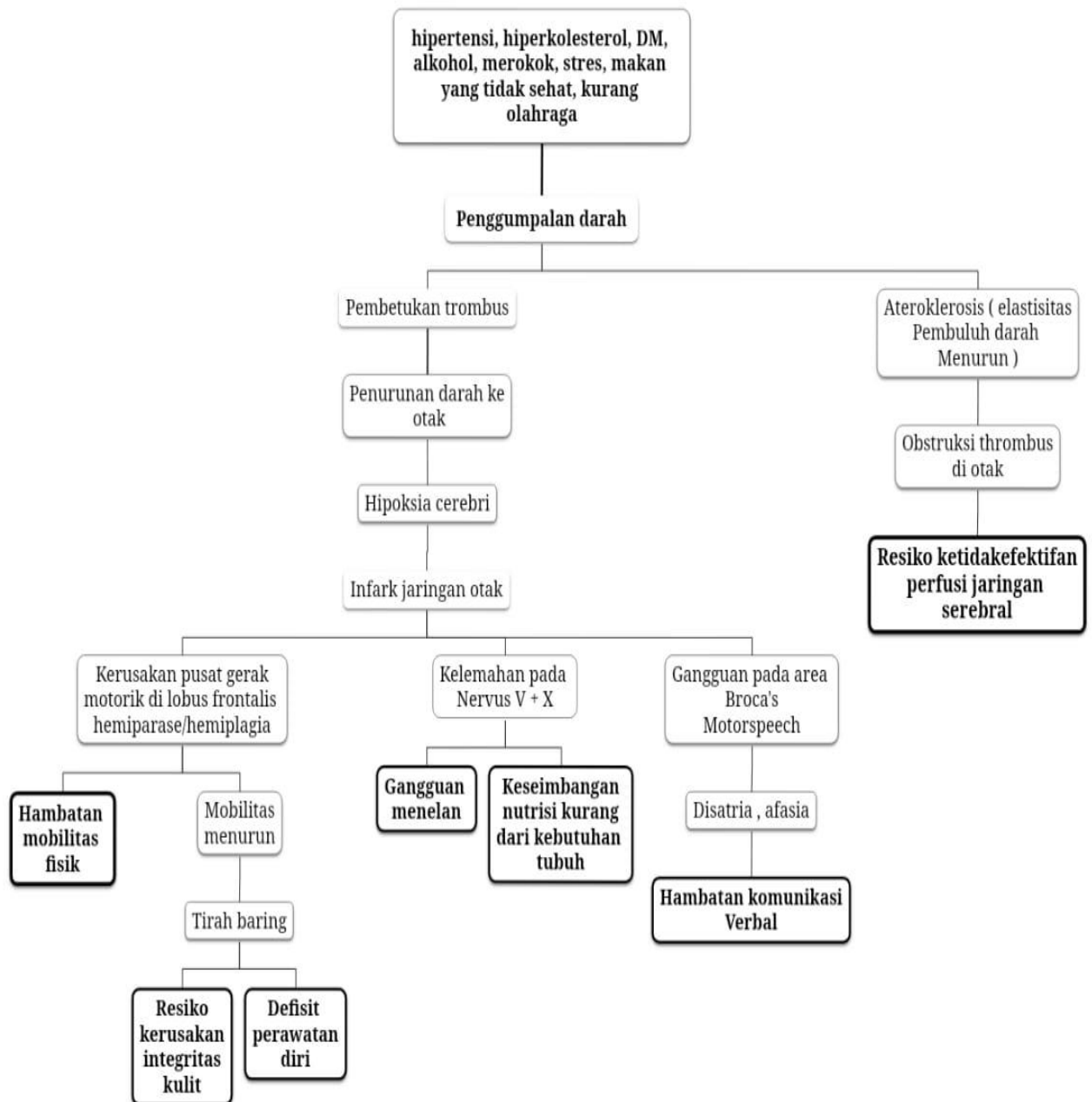
Jika sirkulasi serebral terhambat dapat berkembang anoksia serebral perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit, perubahan irreversible jika anoksia lebih dari 10 menit anoksia serebral dapat terjadi oleh karena itu gangguan bervariasi salah satunya ialah henti jantung. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relative banyak akan mengakibatkan peninggian tekanan intrakranial dan menyebabkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak. Element- elemen fase aktif darah yang keluar akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron di daerah yang terkena darah di sekitarnya tertekan lagi. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93% pada perdarahan serebral dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75%

tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons yang sudah berakibat fatal (muttaqin, 2011).

Glukosa merupakan sumber energi yang dibutuhkan oleh otak, dan oksidannya akan menghasilkan karbondioksida (CO₂) dan air (H₂O). Secara fisiologis 90% glukosa akan mengalami metabolisme oksidatif secara lengkap. Hanya 10% yang diubah menjadi asam lemak dan asam laktat melalui metabolisme anaerob melalui siklus Krebs adalah 38 mol adenosin trifosfat (ATP/ glukosa sedangkan pada gliosis pada anaerob hanya dihasilkan 2 mol ATP/mol glukosa) adapun energi yang dibutuhkan oleh neuron. Neuron otak sebagai berikut:

- a. Menjalankan fungsi-fungsi otak dalam sintesis, penyimpanan, transport, pelepasan neurotransmitter, serta mempertahankan respon elektrik.
- b. Mempertahankan integritas sel membran dan konsentrasi ion di dalam ataupun di luar sel, serta membuang produk toksik siklus biokimia molekuler (muttaqin, 2011)

10. PATHWAY



B. Konsep asuhan keperawatan

1. Pengkajian

Menurut (, muttaqin; , arif, 2014) anamnesapada pasien stroke meliputi identitas klien, keluhan utamanya, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan pengkajian psikososial.

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur (rata-rata lansia), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomorregistrasi, dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Seringkali menjadi alasan klien untukmenerima pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke non hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien melakukan aktivitasnya. 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 intrakranial.Keluhari perubahan

perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol 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 penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus dan adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

2. Pemeriksaan fisik

selain melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan secara

persistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (brain) yang berhubungan dengan keluhan- keluhan dari klien.

Penatalaksanaan 6B :

a. B1 (breathin)

Pada pengkajian ini didapatkan sesak nafas, batuk, peningkatan produksi sputum, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien yang tingkat kesadaran kompos mentis, pengkajian inspeksi pernapasan tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

b. B2(Blood)

Sistem pengkajian kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan didapatkan terjadi hipertensi sistolik (tekanan darah >200 mmHg).

c. 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 sekunder atau aksesori. Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian ini merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibanding pengkajian lainnya.

d. B4(bladder)

Setelah klien stroke ada juga kemungkinan mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengonsmsikan kebutuhan dan ketidak ampuan mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

e. B5(bowel)

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

f. B6(bone)

Stroke adalah penyakit yang mengakibatkan kontrol volunter terhadap gerakan motorik.oleh karena itu neuron motor atas menyilang, gangguan motor volunterpada salah satu sisi

tubuh dan menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi). Selain itu, perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik.

3. Pengkajian saraf kranial

Menurut Muttaqin (2008) pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII.

- a. Saraf I: biasanya klien tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- b. Saraf II: gangguan sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial). Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan ke bagian tubuh.
- c. Saraf III, IV, VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis pada satu sisi otot. Otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
- d. Saraf V. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

- e. Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
- f. Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- g. Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- h. Saraf XI. Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
- i. Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.

4. Rumusan diagnosa keperawatan

- a. Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak b.d embolisme
- b. Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan otot
- c. Hambatan komunikasi verbal b.d ketidakcukupan stimuli
- d. Defisit perawatan diri b.d kelemahan

5. Intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Resiko ketidakefektifan perfusijaringan otak b.d embolisme	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Edema Serebral • Monitor Tekanan Intrakranial (TIK) <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan (120/80) 2. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (mual, muntah, pusing) 3. Tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran dan keadaan umum 	<p>NIC</p> <p>Manajemen aedema serebral</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. monitor adanya kebingungan, keluhan pusing, pingsan 2. Monitor status neurologi (N.I-N.XII) 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Monitor TIK (mual, muntah, pusing) 5. Monitor status pernapasan : frekuensi, irama, pernapasan 6. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat
2	Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulasi • Pergerakan • Ambulasi : kusi roda <p>Kriteri hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keseimbangan 2. gerakan otot 3. gerakan sendii 4. koordinasi 	<p>NIC</p> <p>Exercise Therapy : Ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan 2. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi 3. Alihkan posisi klien setiap 2 jam 4. Lakukan ROM pasif/aktif
3	Hambatan komunikasi verbal b.d ketidak cukupan stimuli	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi • Komunikasi: mengekspresikan • Komunikasi: peneerimaan <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mampu merespon setiap komunikasi secara verbal 	<p>NIC</p> <p>Communication Enhancement : Speech Defisit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologi terkiat dengan kemampuan berbicara (misalnya memori, pendengaran, dan bahasa) 2. Monitor pasien terkait dengan perasaan frustrasi, kemarahan, depresi, atau respon-respon lain disebabkan

			<p>karena adanya gangguan kemampuan berbicara</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sesuaikan gaya komunikasi untuk memenuhi kebutuhan klien (misalnya berdiri di depan pasien saat berbicara, mendengarkan dengan penuh perhatian, bicara pelan untuk menghindari berteriak, bantuan keluarga dalam memahami pembicaraan pasien) 4. Instruksikan pasien untuk bicara pelan
4	Defisit perawatan diri b.d kelemahan	<p>NOC Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan kebutuhan mandiri klien terpenuhi, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu memenuhi ADLnya secara mandiri 2. Mampu mempertahankan kebersihan dan kerapian secara mandiri 3. Mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri <p>Mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri</p>	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan kesehatan mulut (oral hygiene) 2. Memfasilitasi pasien untuk mandi di atas di tempat tidur 3. Memfasilitasi kebersihan toilet pasien (mengganti drypers pasien) 4. Tempatkan pasien dalam posisi yang nyaman 5. Mengganti pakaian dan laken pasien setelah memandikan pasien

