

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Stroke**

##### **2.1.1 Definisi Stroke**

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008). Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala berlangsung selama 24 jam atau lebih menyebabkan kematian tanpa penyebab lain yang jelas selain vaskuler.

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik secara cepat dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai dengan daerah yang terganggu (Irfan, 2010).

Stroke adalah gangguan potensial yang fatal pada suplai darah bagian otak. Tidak satupun bagian tubuh manusia yang dapat bertahan bila terdapat gangguan suplai darah dalam waktu relatif lama sebab darah sangat di butuhkan dalam kehidupan terutama oksigen pengangkut bahan makanan yang dibutuhkan pada otak dan otak adalah pusat *control system* tubuh termasuk perintah dari semua gerakan fisik (menurut Neil, dalam Irfan, 2010).

Cedera vaskular serebral (CVS), yang sering disebut stroke atau serangan otak, adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Individu yang terutama berisiko mengalami CVS adalah lansia dengan hipertensi, diabetes, hiperkolesterolemia, atau penyakit jantung (Kowalak dkk, 2011).

Menurut Lumbantobing (2013) stroke merupakan gangguan peredaran darah di otak. Stroke juga dikenal dengan *cerebrovascular accident* dan *Brain Attack*.

Istilah medis dari stroke adalah “penyakit pembuluh darah otak”. Hal ini terjadi ketika pasokan darah ke otak berkurang atau terhambat karena hal – hal tertentu yang mengarah ke kurangnya kadar oksigen dalam sel – sel otak secara mendadak. Dalam beberapa menit, sel – sel otak bisa rusak dan kehilangan fungsinya. Kerusakan otak ini mempengaruhi fungsi tubuh yang dikendalikan oleh bagian sel – sel otak yang rusak tersebut (Fong, 2016).

CerebroVaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

### **2.1.2 Etiologi Stroke**

Hipertensi merupakan penyebab umum terjadinya stroke dan serangan jantung (*heart attack*) (Goldszmidt & Caplan, 2011).

Menurut Muttaqin (2008) penyebab stroke ada 4 yaitu :

#### **1. Trombosis Serebral**

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang menimbulkan oedema dan kongesti

disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam trombosis. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan trombosis otak :

- Aterosklerosis;
- Hiperkoagulasi pada polistemia;
- Arteritis (radang pada arteri);
- Emboli.

## 2. Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penakanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

## 3. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah :

- Hipertensi yang parah;
- Henti jantung-paru;
- Curah jantung turun akibat aritmia

## 4. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah :

- Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subaraknoid;
- Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain.

### 2.1.3 Klasifikasi Stroke

Stroke terbagi menjadi 2 klasifikasi yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemi:

#### 1. Stroke Hemoragik

Jenis stroke ini yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak atau pembuluh darah otak bocor. Ini bisa terjadi karena tekanan darah ke otak tiba-tiba meninggi, sehingga menekan pembuluh darah. Pembuluh darah yang tersumbat tidak lagi dapat menahan tekanan itu.

Darah akan menggenangi otak. Darah yang membawa oksigen tidak sampai di otak, padahal semestinya darah harus mengalir di sel-sel otak. Akibatnya, sebagian otak tidak mendapatkan asupan makanan. Selain itu, tekanan yang kuat membuat kebocoran juga merusak sel-sel otak di sekelilingnya. Pecahnya pembuluh darah juga bisa terjadi lantaran dinding pembuluh darah yang lemah, sehingga gampang robek, seperti yang terjadi pada aneurisma maupun AVM (*arteriovenous malformation*) (Sutrisno, 2007). Stroke hemoragik juga dibagi dua berdasarkan lokasi serangan yaitu:

#### 1) Stroke Hemoragik Intraserebral

Banyak terjadi dalam otak. Tergolong membahayakan. Stroke perdarahan terjadi di dalam otak. Biasanya mengenai basal ganglia, otak kecil, batang otak, dan otak besar. Jika terkena di daerah talamus, sering penderitanya sulit ditolong meskipun dilakukan tindakan operatif untuk mengevakuasi perdarahannya.

#### 2) Stroke Hemoragik Subaraknoid

Memiliki kesamaan dengan stroke hemoragik intraserebral. Yang membedakannya,

stroke ini terjadi di pembuluh darah di luar otak, tapi masih di daerah kepala, seperti di selaput otak atau bagian bawah otak. Penyebab lain dari stroke hemoragik subarakanoid adalah *cerebral aneurysm* (adanya penonjolan pembuluh darah seperti balon) dan penyakit ini sering menyerang bagian bawah otak atau di sirkulus wilisi atau AVM (*arteriovenous malformation*), maupun cavernous angioma - suatu tumor pembuluh darah. Pecahnya pembuluh darah ini karena darah mengalir ke otak tidak teratur.

## 2. Stroke Iskemi

Menurut Dewi (2015) stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83 % mengalami stroke jenis ini. Penyumbatan biasa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri menuju otak.

Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis, yaitu:

- a. Stroke trombotik: proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan.
- b. Stroke embolik : tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
- c. Hipoperfusion sistemik : aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung.

Stroke menyerang otak dan merusak sel-sel otak yang berhubungan dengan saraf. Kerusakan saraf yang disebabkan oleh gangguan stroke dapat menimbulkan berbagai masalah, termasuk gangguan fungsi seksualitas bagi pria maupun wanita.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis Stroke

Menurut Dewi (2015) bahwa untuk stroke non hemoragik (iskemik), gejala utamanya adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak/ subakut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun, kecuali bila embelus cukup besar. Menurut WHO , dalam International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision, stroke hemoragik dibagi atas

a. Perdarahan Subaraknoid (PSA)

Pada pasien dengan PSA didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi.

b. Perdarahan Intracerebral (PIS)

Stroke akibat PIS mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan seringkali siang hari, saat aktivitas, emosi atau marah.

Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Manifestasi stroke akut berupa :

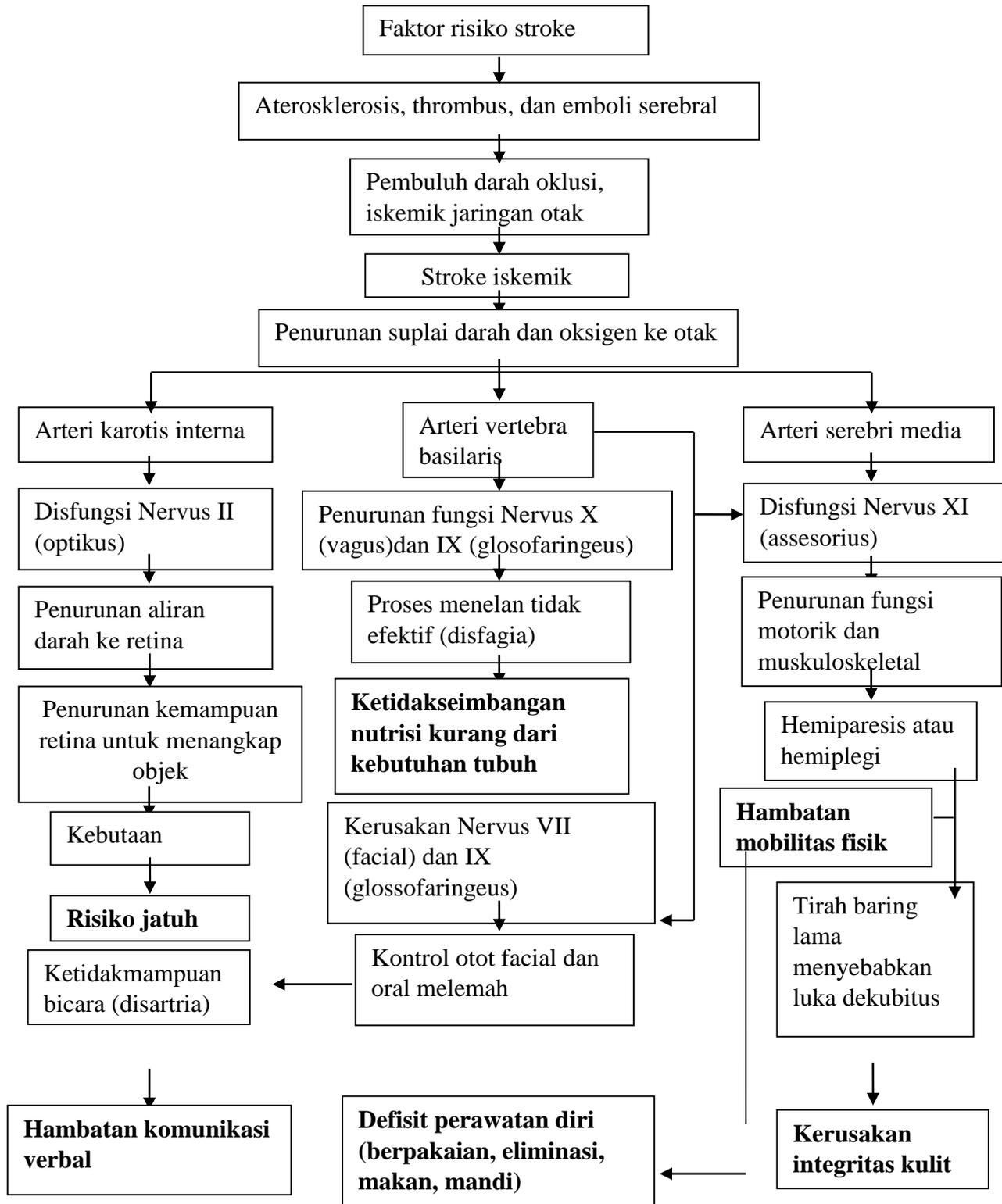
- Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia
- Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak
- Vertigo, muntah-muntah atau nyeri kepala
- Gangguan semibilitas pada salah satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik)
- Disatria (bicara pelop atau cadel)
- Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau

koma)

- Afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan atau kesulitan memahami ucapan)
- Ataksia (tungkai atau anggota badan)

### 2.1.5 Pathway Stroke

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) sebagai berikut:



### 2.1.6 Tanda dan Gejala Stroke

Menurut Dewi (2015) tanda dan gejala umum dari stroke sebagai berikut :

- a. Terasa semutan / seperti terbakar
- b. Lumpuh sebagian badan kanan / kiri
- c. Sulit untuk menelan
- d. Sering tersedak
- e. Mulutnya menjadi mencong dan sulit untuk bicara
- f. Berjalan susah, jalan terhuyung dan kehilangan keseimbangan
- g. Kepala pusing atau sakit kepala secara mendadak tanpa diketahui penyebabnya
- h. Gangguan penglihatan
- i. Kelopak mata sulit dibuka
- j. Gerakan tidak terkontrol
- k. Bingung
- l. Akhirnya menjadi koma

Gejala stroke yang dialami setiap orang berbeda dan bervariasi, tergantung pada daerah otak mana yang terganggu. Beberapa gejala pertanda ditemukan diawal seperti vertigo, sakit kepala, suara pelo, sulit bicara, sulit menelan, gangguan penglihatan, dll. Sedangkan gejala khas atau spesifik yang nampak berupa hilangnya rasa separuh badan,dll. Keterlambatan pemeriksaan gejala stroke mengakibatkan pasien datang dengan kondisi buruk atau terlambat. Hal ini membuat angka kejadian stroke semakin meningkat.

### 2.1.7 Patofisiologi Stroke

Infark serebral adalah berkurangnya, suplai darah ke otak ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, atau spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering berbagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (Muttaqin,2008).

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dengan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding 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 menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan sel otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi

pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Jika volume darah lebih dari 60 cc maka risiko kematian besar 93% pada perdarahan dalam dan 71% pada perdarahan lebar. Sedangkan jika terjadi perdarahan serebral dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75%, namun volume darah 5 cc dan terdapat dipons sudah berakibat fatal (Jusuf Misbach, 1999 dalam Muttaqin, 2008).

### **2.1.8 Faktor-Faktor Risiko**

Menurut Puspita dan Putro (2008) yang menyatakan bahwa risiko terjadinya stroke pada kelompok umur > 55 tahun adalah 3,64 kali dibandingkan kelompok < 55 tahun. Menurut Muttaqin (2008) beberapa faktor penyebab stroke antara lain :

1. Hipertensi, merupakan faktor risiko utama.
2. Penyakit kardiovaskular-embolisme serebral berasal dari jantung.
3. Kolesterol tinggi.
4. Obesitas.
5. Peningkatan hematokrit meningkatkan risiko infark serebral.
6. Diabetes-terkait dengan aterogenesis.
7. Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi).
8. Merokok
9. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain).
10. Konsumsi alkohol.

### **2.1.9 Komplikasi**

Menurut Handerson (2002) dalam Dewi (2015) pada stroke yang berbaring lama dapat menyebabkan masalah emosional dan fisik, diantaranya :

1. Bekuan darah

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

2. Dekubitus

Bagian yang biasa memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit bila memar ini tidak bisa dirawat bisa menjadi infeksi.

### 3. Pneumonia

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

### 4. Atrofi atau kekakuan sendi

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi.

Komplikasi lain dari stroke adalah :

1. Disritmia
2. Peningkatan intra kranial
3. Kontraktur
4. Gagal nafas
5. Kematian

## **2.1.10 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Wijaya & Putri (2013), pemeriksaan penunjang pada penyakit stroke antara lain :

### 1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture.

### 2. Elektro encefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

### 3. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari

masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid.

4. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arteriskerosis)

5. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

6. MRI

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnois/perdarahan intracranial.

7. Pemeriksaan Foto Thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

8. Pemeriksaan Laboratorium

a. Pungsi lumbal : Tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA.

Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

b. Pemeriksaan darah rutin

c. Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.

Guladarah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur

turun kembali.

### **2.1.11 Penatalaksanaan Medis**

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) penatalaksanaan medis pada stroke sebagai berikut:

*Pertama*, penatalaksanaan stroke stadium hiperakut. Tindakan pada stadium ini dilakukan di Instalasi Rawat Darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebro-kardio-pulmonal yang bertujuan agar kerusakan jaringan otak tidak meluas. Pada stadium ini, pasien diberi oksigen 2 L/menit dan cairan kristaloid/koloid. Hindari pemberian cairan dekstrosa dalam H<sub>2</sub>O.

Dilakukan pemeriksaan CT scan otak, electrocardiography, foto thorax, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protombin time/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit). Jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di Instalasi Rawat Darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

*Kedua*, penatalaksanaan stroke stadium akut. Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologis maupun penyulit. Selain itu, dilakukan tindakan juga terapi fisik, okupasi, wicara dan psikologis serta telaah social untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada keluarga pasien perlu, menyangkut dampak stroke terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

Penatalaksanaan stroke hemoragik :

#### 1. Terapi Umum

Pasien stroke hemoragik harus dirawat di ICU jika volume hematoma >30 ml, perdarahan intraventrikuler dengan hydrocephalus, dan keadaan klinis cenderung

memburuk. Tekanan darah harus diturunkan sampai tekanan darah pre-morbid atau 15%- 20% bila tekanan sistolik >180 mmHg, diastolik >120 mmHg, MAP >130mmHg, dan volume hematoma bertambah. Bila terdapat gagal jantung, tekanan darah harus segera diturunkan dengan labetalol iv 10 mg (pemberian dalam 2 menit) sampai 20 mg (pemberian dalam 10 menit) maksimum 300 mg ; enalapril iv 0,625-1,25mg per 1,25 per 6 jam ; kaptopril 3 kali 6,25-25 mg per oral.

Jika didapatkan tanda tekanan intracranial meningkat, posisi kepala dinaikkan 30°. Posisi kepala dan dada di satu bidang. Pemberian manitol (lihat penanganan stroke iskemik) dan hiperventilasi (pCO<sub>2</sub> 20-35 mmHg).

Penatalaksanaan umum sama dengan pada stroke iskemik, tukak lambung diatasi dengan antagonis H<sub>2</sub> parenteral, sukralfat atau inhibitor dengan fisioterapi dan diobati dengan antibiotik spectrum luas.

## 2. Terapi Khusus

Neuroprotektor dapat diberikan kecuali yang bersifat vasodilator. Tindakan bedah mempertimbangkan usia dan letak perdarahan, yaitu pada pasien yang kondisinya kian memburuk dengan perdarahan cerebellum berdiameter >3 cm<sup>3</sup>, hydrocephalus akut akibat perdarahan lobar >60 mL dengan tanda peningkatan tekanan intracranial akut dan ancaman herniasi.

Pada perdarahan subarachnoid, dapat digunakan antagonis Kalsium (nimodipin) atau tindakan bedah (ligase, embolisasi, ekstirpasi, maupun gamma knife) jika penyebabnya adalah aneurisme atau malformasi arteri-vena (arteriovenous malformation, AVM).

Penatalaksanaan stroke iskemik/non hemoragik :

### 1. Terapi Umum

Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang ; ubah posisi tidur setiap 2 jam ; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodynamic sudah stabil. Selanjutnya, bebaskan jalan napas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisis gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya. Jika

kandung kemih penuh, sebaiknya dikosongkan dengan kateter intermitten).

Berikan nutrisi dengan cairan isotonic, kristaloid atau koloid 1500-2000 mL dan elektrolit sesuai kebutuhan. Hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi per oral hanya jika fungsi menelannya baik. Jika didapatkan gangguan menelan atau kesadaran menurun, dianjurkan melalui selang nasogastric.

Kadar gula darah >150 mg % harus dikoreksi sampai batas gula darah 150 mg % dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama. Hipoglikemia (kadar gula darah <60 mg% atau 80mg% dengan gejala) diatasi segera dengan dekstrosa 40% iv sampai kembali normal dan harus dicari penyebabnya.

Nyeri kepala atau mual dan muntah diatasi dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan

## 2. Terapi Khusus

Ditunjukkan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan, atau yang dianjurkan dengan trombolitik rr-PA (recombinant tissue Plasminogen Activator). Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu sitikolin atau piracetam (jika didapatkan afasia).

*Ketiga*, penatalaksanaan stroke stadium subakut. Pada stadium ini, tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, terapi wicara dan bladder training (termasuk terapi fisik). Mengingat perjalanan penyakit yang panjang,

dibutuhkan penatalaksanaan khusus intensif pascastroke di rumah sakit dengan tujuan kemandirian pasien, mengerti, memahami dan melaksanakan program preventif primer dan sekunder. Berikut terapi fase subakut :

1. Melanjutkan terap sesuai kondisi akut sebelumnya.
2. Penatalaksanaan komplikasi.
3. Restorasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien), yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
4. Prevensi sekunder.
5. Edukasi keluarga dan Discharge Planning.

## **2.2 Konsep Perawatan diri dan Defisit Perawatan Diri**

### **2.2.1 Pengertian Perawatan Diri**

*Personal Hygiene* berasal dari bahasa Yunani, berasal dari kata *Personal* yang artinya perorangan dan *Hygiene* berarti sehat. Dari pernyataan tersebut dapat diartikan bahwa kebersihan perorangan atau *personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan, baik fisik maupun psikisnya (Isro'in & Andarmoyo, 2012).

*Higiene personal* atau kebersihan diri adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis (Mubarak & Chayatin, 2007).

### **2.2.2 Tujuan Perawatan Diri**

Menurut Isroin dan Andarmoyo (2012) tujuan perawatan diri sebagai berikut:

1. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
2. Memelihara kebersihan diri seseorang
3. Memperbaiki *personal hygiene* yang kurang

4. Pencegahan penyakit
5. Meningkatkan percaya diri seseorang
6. Menciptakan keindahan

### **2.2.3 Macam – Macam Perawatan Diri**

Menurut Isroin dan Andarmoyo (2012) macam-macam perawatan diri sebagai berikut :

1. Perawatan kulit
2. Perawatan kaki, tangan, dan kuku
3. Perawatan rongga mulut dan gigi
4. Perawatan rambut
5. Perawatan mata, telinga, dan hidung

### **2.2.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perawatan Diri**

Menurut Isroin dan Andarmoyo (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri sebagai berikut :

#### 1) Praktik sosial

Manusia merupakan makhluk sosial dan karenanya berada dalam kelompok sosial. Kondisi ini memungkinkan seseorang untuk berhubungan, berinteraksi dan bersosialisasi satu dengan lainnya. Personal hygiene atau kebersihan diri seseorang sangat mempengaruhi praktik sosial seseorang. Selama masa anak-anak, kebiasaan keluarga mempengaruhi praktik hygiene, misalnya frekuensi mandi, waktu mandi, dan jenis hygiene mulut. Pada remaja, hygiene pribadi dipengaruhi oleh kelompok teman sebaya. Remaja wanita misalnya, mulai tertarik dengan penampilan pribadi dan mulai memakai riasan wajah. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk harapan tentang penampilan

pribadi. Sedangkan pada lansia akan terjadi beberapa perubahan dalam praktik hygiene karena perubahan dalam kondisi fisiknya.

#### 2) Pilihan pribadi

Setiap klien memiliki keinginan dan pilihan tersendiri dalam praktik personal hygienenya, (mis. Kapan dia harus mandi, bercukur, melakukan perawatan rambut, dsb), termasuk memilih produk yang digunakan dalam praktik hygienenya (mis. Sabun, sampo, deodoran, dan pasta gigi) menurut pilihan dan kebutuhan pribadinya. Pilihan-pilihan tersebut setidaknya harus membantu perawat dalam mengembangkan rencana keperawatan yang lebih kepada individu. Perawat tidak mencoba untuk mengubah pilihan klien kecuali hal itu akan mempengaruhi kesehatan klien.

#### 3) Citra tubuh

Citra tubuh adalah cara pandang seseorang terhadap bentuk tubuhnya, citra tubuh sangat mempengaruhi dalam praktik hygiene seseorang. Ketika seorang perawat dihadapkan kepada klien yang tampak berantakan, tidak rapi, atau tidak peduli dengan hygiene dirinya, maka dibutuhkan edukasi tentang pentingnya hygiene untuk kesehatan, selain itu juga dibutuhkan kepekaan perawat untuk melihat kenapa hal ini bisa terjadi, apakah memang kurang/ ketidaktahuan klien akan hygiene perorangan atau ketidakmampuan klien dalam menjalankan praktik hygiene dirinya, hal ini bisa dilihat dari partisipasi klien dalam hygiene harian.

#### 4) Status sosial ekonomi

Status ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik hygiene perorangan. Sosial ekonomi yang rendah memungkinkan hygiene perorangan yang rendah pula. Perawat dalam hal ini harus bisa menentukan apakah klien

dapat menyediakan bahan-bahan yang penting dalam praktik higiene seperti sabun, sampo, sikat gigi, pasta gigi, dsb.

#### 5) Pengetahuan dan motivasi

Pengetahuan tentang higiene akan mempengaruhi praktik higiene seseorang. Namun, hal ini saja tidak cukup, karena motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan higienen tersebut. Permasalahan yang sering terjadi adalah ketidadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan. Sebagai seorang perawat yang bisa dilakukan dalam hal ini adalah mendiskusikannya dengan klien, memeriksa kebutuhan praktik higiene klien dan memberikan informasi yang tepat dan adekuat kepada klien, tetapi bagaimanapun juga kembalinya adalah klien, bahwa klienlah yang berperan penting dalam menentukan kesehatan dirinya.

#### 6) Variabel budaya

Kepercayaan budaya dan nilai pribadi klien akan mempengaruhi perawatan higiene seseorang. Berbagai budaya memiliki praktik higien yang berbeda. Di Asia kebersihan dipandang penting bagi kesehatan sehingga mandi bisa dilakukan 2-3 kali dalam sehari, sedangkan di Eropa memungkinkan hanya mandi sekali dalam seminggu. Beberapa budaya memungkinkan juga menganggap bahwa kesehatan dan kebersihan tidaklah penting. Dalam hal ini sebagai seorang perawat jangan menyatakan ketidaksetujuan jika klien memiliki praktik higiene yang berbeda dari nilai-nilai perawat, tetapi diskusikan nilai-nilai standar kebersihan yang bisa dijalankan oleh klien.

#### 7) Kondisi Fisik

Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan higiene. Contohnya pada pasien yang terpasang traksi atau

gips, atau terpasang infus intravena. Penyakit dengan rasa nyeri membatasi ketangkasan dan rentang gerak. Klien dibawah efek sedasi tidak memiliki koordinasi mental untuk melakukan perawatan diri. Penyakit kronis (jantung, kanker, neurologis, psikiatrik) sering melelahkan klien. Genggaman yang melemah akibat artritis, stroke, atau kelainan otot menghambat klien dalam pelaksanaan higiene seperti menggunakan sikat gigi, memakai handuk, menyisir, dsb. Kondisi ini lebih serius akan menjadikan klien tidak mampu dan akan memerlukan kehadiran perawat untuk melakukan perawatan higienis total.

### **2.2.5 Dampak Defisit Perawatan Diri**

Menurut Isroin dan Andarmoyo (2012) dampak perawatan diri sebagai berikut :

#### 1. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah : gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

#### 2. Gangguan Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, aktualisasi diri menurun, dan gangguan dalam interaksi dalam interaksi sosial.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian/anamnesis pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial (Muttaqin, 2008).

#### 1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis.

#### 2. Keluhan utama

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

#### 3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain itu 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.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis/pengkajian yang mengarah pada beberapa keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara persistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan beberapa keluhan klien (Muttaqin, 2008).

##### a. Keadaan Umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami, gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada vital sign tekanan darah

meningkat dan denyut nadi bervariasi.

b. 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 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 dengan tingkat kesadaran compos

mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan raktil premitus seimbang kanan dan kiri.

c. 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 massif (tekanan darah >200 mmhg).

d. 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.

a) 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 sensitive 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.

#### b) Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa lobus frontal dan hemisfer (Muttaqin, 2008).

1. Status mental. Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motoric klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.
2. 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.
3. Kemampuan bahasa. Penurunan kemampuan bahasa bergantung daerah lesi yang mempengaruhi 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 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. Disartia (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk

menghasilkan bicara.

4. Lobus frontal. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi pada lobus frontal kasitas, 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.

5. Hemisfer. Stroke hemisfer kanan didapatkan hemiparese sebelah kiri tubuh, penilaian buruk dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh kesisi yang berlawanan tersebut.

#### c) Pengkajian Saraf Kranial

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf cranial I-XII

1. Saraf I, biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
2. Saraf II, Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
3. Saraf III, IV, VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugar unilateral di sisi yang sakit.
4. Saraf V, pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilatera, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan

ekstremitas.

5. Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
6. Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
7. Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
8. Saraf XI. Tidak ada atrofi otot stenokleidomastoideus dan trapezius.
9. Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.

d) Pengkajian Sistem Motorik.

Stroke adalah penyakit saraf motoric atas atau Upper Motor Neuron (UMN) dan mengakibatkan kehilangan control volunteer terhadap gerakan motoric. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan control motor volunteer pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi yang berlawanan dari otak.

1. Inspeksi umum. Didapatkan hemiplegia (paralisis salah satu sisi)
2. Fasikulasi. Didapatkan pada otot ekstremitas
3. Tonus otot. Didapatkan meningkat.
4. Kekuatan otot. Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit didapatkan tingkat 0.
5. Keseimbangan dan koordinasi. Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparese dan hemiplegia.

e) Pengkajian Refleks.

Pemeriksaan reflex terdiri atas pemeriksaan reflex profunda dan pemeriksaan refleks pada respons normal.

1. Pemeriksaan Refleks Profunda. Pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleks pada respons normal.

2. Pemeriksaan Refleks Patologis. Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului refleks patologis.

f) Pengkajian Sistem Sensorik.

Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan saraf sensori primer antara mata dan korteks visual. Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimulasi visual, taktil dan auditorius.

e. B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena kebingungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan 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.

f. 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 peristaltic usus. Adanya inkontinensia

alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

g. B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan control volunteer terhadap gerakan motoric. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan control monitor volunter pada salah satu 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. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan oksigen kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji beberapa tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria atau paralise/plegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

### **2.3.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien yang di observasi di lapangan, kondisi ini dapat berupa masalah aktual ataupun potensial atau diagnosis sejahtera (Wilkinson, 2016). Menurut (NANDA, 2018) diagnosa keperawatan pada pasien stroke antara lain:

- 1) Defisit perawatan diri makan berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri
- 2) Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri

3) Defisit perawatan diri berpakaian berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri

4) Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri

### **2.3.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan rutin atau prediktif dapat ditemukan pada standar asuhan keperawatan. Intervensi klien yang spesifik ini tercantum dalam daftar rencana perawatan addendum (Subekti, 2012). Intervensi keperawatan menurut (NANDA, 2018) adalah sebagai berikut:

#### **Diagnosa 1 :**

Defisit perawatan diri makan berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri

Menurut NANDA I, (2018:243) menyatakan bahwa:

Domain 4: Aktivitas atau istirahat

Kelas 5: Perawatan diri

Nomor: 00102

#### **Batasan karakteristik:**

- Ketidakmampuan memasukan makanan ke mulut
- Ketidakmampuan mengunyah makanan
- Ketidakmampuan menempatkan makanan ke alat makan
- Ketidakmampuan memegang alat makan
- Ketidakmampuan memanipulasi makanan di dalam mulut
- Ketidakmampuan membuka wadah makanan
- Ketidakmampuan mengambil cangkir

- Ketidakmampuan menyiapkan makanan
- Ketidakmampuan menghabiskan makanan secara mandiri
- Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima
- Ketidakmampuan menelan makanan
- Ketidakmampuan menelan makanan dalam jumlah memadai
- Ketidakmampuan menggunakan alat bantu

**Faktor yang berhubungan:**

- Ansietas
- Penurunan motivasi
- Ketidaknyamanan
- Kendala lingkungan
- Kelelahan
- Nyeri
- Kelemahan

Menurut Johnson, (2013: 603) *nursing outcomes classification* (NOC) dalam defisit perawatan diri makan antara lain:

- Perawatan diri: makan
- Status nutrisi: asupan makanan dan cairan
- Status menelan

Menurut Johnson, (2013: 82) *nursing interventions classification* (NIC) dalam defisit perawatan diri makan antara lain:

1. Monitor kemampuan pasien untuk menelan
2. Pastikan posisi pasien yang tepat untuk memfasilitasi mengunyah dan menelan
3. Berikan bantuan fisik, sesuai kebutuhan

4. Makanan disajikan dengan tepat dalam nampan, sesuai kebutuhan, misalnya daging yang sudah dipotong atau telur yang telah dikupas
5. Posisikan pasien dalam posisi makan yang nyaman
6. Berikan sedotan minuman, sesuai kebutuhan atau sesuai keinginan
7. Gunakan alat makan dan gelas yang tidak mudah pecah dan tidak berat, sesuai kebutuhan

**Diagnosa 2 :**

Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri

Menurut NANDA I, (2018: 241) menyatakan bahwa:

Domain 4: Aktivitas atau istirahat

Kelas 5: Perawatan diri

Nomor: 00108

**Batasan karakteristik:**

- Ketidakmampuan mengakses kamar mandi
- Ketidakmampuan menjangkau sumber air
- Ketidakmampuan mengeringkan tubuh
- Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi
- Ketidakmampuan mengatur air mandi
- Ketidakmampuan membasuh tubuh

**Faktor yang berhubungan:**

- Ansietas
- Penurunan motivasi

- Kendala lingkungan
- Nyeri
- Kelemahan

Menurut Johnson, (2013: 603) *nursing outcomes classification* (NOC) dalam defisit perawatan diri mandi antara lain:

- Perawatan diri: mandi
- Perawatan diri : kebersihan
- Ambulasi : kursi roda
- Pergerakan

Menurut Johnson, (2013: 82) *nursing interventions classification* (NIC) dalam defisit perawatan diri makan antara lain:

1. Letakkan handuk, sabun, deodoran, alat bercukur, dan asesoris lain yang diperlukan di sisi tempat tidur atau kamar mandi
2. Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks, privasi, dan pengalaman pribadi
3. Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat
4. Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri, dengan tepat
5. Monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien
6. Monitor integritas kulit pasien
7. Berikan bantuan sampai pasien benar – benar mampu merawat diri secara mandiri

### **Diagnosa 3 :**

Defisit perawatan diri berpakaian berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri

Menurut NANDA I, (2018: 242) menyatakan bahwa:

Domain 4: Aktivitas atau istirahat

Kelas 5: Perawatan diri

Nomor: 00109

**Batasan karakteristik:**

- Hambatan memilih pakaian
- Ketidakmampuan mengancingkan pakaian
- Ketidakmampuan memadupadankan pakaian
- Hambatan mempertahankan penampilan
- Hambatan mengambil pakaian
- Hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah
- Hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas
- Ketidakmampuan mengenakan atribut pakaian
- Ketidakmampuan melepaskan atribut pakaian
- Hambatan menggunakan alat bantu
- Hambatan menggunakan retsleting

**Faktor yang berhubungan:**

- Ansietas
- Penurunan motivasi
- Ketidaknyamanan
- Kendala lingkungan
- Keletihan
- Nyeri
- Kelemahan

Menurut Johnson, (2013: 602) *nursing outcomes classification* (NOC) dalam defisit perawatan diri berpakaian antara lain:

- Perawatan diri: berpakaian
- Pergerakan sendi
- Pergerakan

Menurut Johnson, (2013: 85) *nursing interventions classification* (NIC) dalam defisit perawatan diri berpakaian antara lain:

1. Identifikasi area di mana pasien membutuhkan bantuan dalam berpakaian
2. Monitor kemampuan pasien untuk berpakaian sendiri
3. Dukung pasien untuk berpartisipasi dalam pemilihan pakaian
4. Dukung penggunaan perangkat perawatan diri dengan tepat
5. Berikan bantuan sampai pasien sepenuhnya mampu memikul tanggung jawab untuk berpakaian sendiri

#### **Diagnosa 4 :**

Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan ketidakmampuan mobilitas secara mandiri

Menurut NANDA I, (2018: 244) menyatakan bahwa:

Domain 4: Aktivitas atau istirahat

Kelas 5: Perawatan diri

Nomor: 00110

#### **Batasan karakteristik:**

- Ketidakmampuan melakukan higiene eliminasi secara komplet
- Ketidakmampuan menyiram toilet

- Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi
- Ketidakmampuan mencapai toilet
- Ketidakmampuan naik ke toilet
- Ketidakmampuan untuk duduk di toilet

**Faktor yang berhubungan:**

- Ansietas
- Penurunan motivasi
- Ketidaknyamanan
- Kendala lingkungan
- Kelelahan
- Hambatan mobilitas
- Nyeri
- Kelemahan

Menurut Johnson, (2013: 602) *nursing outcomes classification* (NOC) dalam defisit perawatan diri eliminasi antara lain:

- Perawatan diri: eliminasi
- Ambulasi : kursi roda
- Perawatan diri: berpakaian
- Perawatan diri: kebersihan

Menurut Johnson, (2013: 80) *nursing interventions classification* (NIC) dalam defisit perawatan diri eliminasi antara lain:

1. Lepaskan baju yang diperlukan sehingga bisa melakukan eliminasi
2. Bantu pasien ke toilet atau tempat lain untuk eliminasi pada interval waktu tertentu

3. Beri privasi selama eliminasi
4. Fasilitasi kebersihan toilet setelah menyelesaikan eliminasi
5. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi
6. Siram toilet/bersihkan alat-alat untuk eliminasi (kursi toilet/ *commode*, pispot)

#### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan pelaksanaan rencana intervensi keperawatan, terdiri dari semua aktifitas keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan klien untuk merubah efek dari masalah (Subekti, 2012). Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana yang sudah dirancang oleh perawat bagi klien untuk meningkatkan derajat kesehatan klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dilakukan oleh perawat itu sendiri, perawat dengan tim kesehatan lain, perawat dengan klien, perawat dengan klien dan keluarga.

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan sebagai tahapan akhir dari proses keperawatan adalah membandingkan efek / hasil suatu tindakan keperawatan dengan norma / kriteria standart yang sudah ditetapkan dalam tujuan. Hal-hal yang harus dievaluasi meliputi pencapaian tujuan yang diharapkan, ketepatan diagnosa yang dimunculkan, efektifitas intervensi dan apakah rencana asuhan keperawatan perlu direvisi (Subekti, 2012).