**MAKALAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN**

**PASKA STROKE**



**Disusun oleh :**

1. **Okki Eka Meganingrum 11.0728.S**
2. **Probo Sutejo 11.0729.S**
3. **Rifqi Ari Fajar 11.0736.S**
4. **Rosinanda Yoshara 11.0736.S**

**PROGRAM STUDI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN**

**2014**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. Latar Belakang

Stroke masih merupakan masalah medis yang menjadi penyebab kesakitan dan kematian nomor 2 di Eropa serta nomor 3 di Amerika Serikat. Sebanyak 10% penderita stroke mengalami kelemahan yang memerlukan perawatan (Batticaca 2008, h.56).

Lamsudin tahun 1998 (dikutip dalam Hernanta 2013, h.107) pada 1053 kasus stroke di 5 rumah sakit di Yogyakarta angka kematian tercatat sebesar 28,3%. Sedangkan pada 780 kasus stroke iskemik adalah 20,4%, lebih banyak pada laki-laki. Mortalitas pasien stroke di RSUP Dr Sardjito Yogyakarta menduduki peringkat ketiga setelah penyakit jantung koroner dan kanker, 51,58% akibat stroke hemoragik, 47,37% akibat stroke iskemik, dan 1,05% akibat perdarahan subaraknoid.

RISKESDAS tahun 2007 (dikutip dalam Hernanta 2013, h.107) survei Departemen Kesehatan RI pada 987.205 subjek dari 258.366 rumah tangga di 33 provinsi mendapatkan bahwa stroke merupakan penyebab kematian utama pada usia > 45 tahun (15,4% dari seluruh kematian). Prevalensi stroke rata-rata adalah 0,8%, tertinggi 1,66% di Nangroe Aceh Darussalam dan terendah 0,38% di Papua.

Penyebab stroke adalah pecahnya (ruptur) pembuluh darah diotak dan/ atau terjadinya trombosis dan emboli. Gumpalan darah akan masuk ke aliran darah sebagai akibat dari penyakit lain atau karena adanya bagian otak yang cedera dan menutup/menyumbat arteri otak. Akibatnya fungsi otak berhenti dan terjadi penurunan fungsi otak (Batticaca 2008, h.56)

1. Tujuan
2. Tujuan Umum.

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti penyakit stroke dan asuhan keperawatan pada pasien paska stroke.

1. Tujuan Khusus.
2. Diharapkan mahasiswa mampu mengetahui definisi stroke.
3. Diharapkan mahasiswa mampu mengetahui penyebab stroke.
4. Diharapkan mahasiswa mampu mengetahui manifestasi klinik stroke.
5. Diharapkan mahasiswa mampu mengetahui pastofisiologi stroke.
6. Diharapkan mahasiswa mampu mengetahui penatalaksanaan medis stroke.
7. Diharapkan mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien paska stroke.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORI**

1. Definisi

Stroke adalah matinya jaringan otak (infark serebral) yang disebabkan berkurangnya aliran darah dan oksigen ke dalam darah. Stroke bisa berupa iskemik maupun pendarahan (hemoragik). Pada stroke iskemik , aliran darah ke otak terhenti, adanya bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah (Prasetyono 2012, h. 95).

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi (Auryn 2009, h.38)

Stroke juga bermakna sindrome klinis yang awal timbulnya mendadak, cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung meninmbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Hernanta 2013, h.106).

Berdasar ketiga definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa stroke adalah penyakit akibat kekurangan darah dan oksigen di dalam jaringan otak yang dapat mengakibatkan kematian jaringan otak.

1. Etiologi

 Menurut Brunner&Sudarth (2002, hh.2131-2132) stroke biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian:

1. Trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh)
2. Embolisme serebral
3. Iskemia serebral
4. Hemoragi serebral

Adapun faktor resiko menurut Batticaca (2008, h.58) pada penyakit stroke:

1. Hipertensi
2. Obesitas
3. Kolesterol darah tinggi
4. Riwayat penyakit jantung
5. Riwayat penyakit diabetes mellitus
6. Merokok
7. stres
8. Manifestasi Klinik

Menurut Batticaca (2008, h.60) gambaran klinis yang timbul tergantung dari jenis stroke,

1. Gejala klinis pada stroke hemoragik berupa:
2. Defisit neurologis mendadak, didahului gejala prodromal yang terjadi pada saat istirahat atau bangun pagi.
3. Kadang tidak terjadi penurunan kesadaran
4. Terjadi terutama pada usia > 50 tahun
5. Gejala klinis pada stroke akut berupa:
6. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak
7. Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorik)
8. Perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
9. Afasia (tidak lancar atau tidak dapat bicara
10. Disartria (bicara pelo atau cadel)
11. Ataksia (tungkai atau anggota badan tidak tepat pada sasaran)
12. Vertigo (mual dan muntah atau nyeri kepala)
13. Patofisiologi.

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10 – 15 menit dapat menyebabkan deficit sementara dan bukan deficit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap deficit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak mana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Deficit fokal permanen dapat tidak diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena thrombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kehilangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron – neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan pada metabolism sel – sel neuron, dimana sel – sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolism tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri – arteri yang menuju otak.

Perdarahan intracranial termasuk perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degenerative pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pemuluh darah otak. Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan thrombus oleh fibrin thrombosit dan oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai direabsorbsi. Rupture merupakan resiko serius yang terjadi sekitar 7 – 10 hari setelah perdarahan pertama. Rupture ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infark jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan gegar otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan serebrospinal (CSS), dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak.

Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatan tekanan intracranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intracranial yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Disamping itu, terjadi bardikardia, hipertensi sistemik, dan gangguan pernapasan (Batticaca 2008 ,hh. 56-57)

1. Penatalaksanaan Medik

 Penatalaksanaa medik pada stroke merut Hernanta (2013, hh.117-121) sebagai berikut:

1. Penatalaksanaan stroke iskemik
2. Terapi umum
3. Letakkan kepala pasien 30°; ubah posisi tidur iap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodynamic sudah stabil. Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisis gas darah.
4. Berikan nutrisi dengan cairan isotonik, kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan.
5. 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 < 80 mg% dengan gejala) diatasi segera dengan dekstrosa 40% iv sampai kembali normal.
6. Nyeri kepala atau muual muntah diatasi dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistolik e” 220 mmHg, diastolik e” 120 mmHg, Mean Arterial Blood Pressure (MAP) e” 130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokardia akut,gagal jantung kongestif serta gagal ginjal. Penurunan tekanan darah maksimalaa adalah 20%, dan obat yang direkomendasikan adalah natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
7. Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistollik d” 90 mmHg, diastolik d” 70 mmHg, diberi NaCl 0,9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam, dan 500 ml selama 8 jam atau sampai hipotensi dapat diatasi. Jika belum terkoreksi, yaitu tekanan darah sistolik masih < 90 mmHg, dapat diberi dopamin 2-20 ig/kg/menit sampai tekanan darah sistolik e” 110 mmHg.
8. Jika kejang, diberi diazepam 5-20 mg iv pelan-pelan selama 3 menit, maksimal 100 mg per hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin).
9. Terapi khusus

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

1. Penatalaksanaan stroke hemoragik
2. Terapi umum

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 0,625-1,25 mg per 6 jam; kaptopril 3 kali 6,25-25 mg per oral

1. Terapi khusus
2. Tindakan bedah mempertimbangkan usia dan letak perdarahan, yaitu pada pasien yang kondisinya kian memburuk dengan perdarahan cerebellum berdiameter > 3 cm3 , hydrocephalus akut akibat perdarahan intraventrikel atau cerebbelum, dilakukan VP-shunting, dan perdarahan lobar > 60 ml dengan tanda peningkatan tekanan intrakranial akut dan ancaman herniasi
3. Pada perdarahan subarakhnoid, dapat digunakan antagonis kalsium (nimodipin) atau tindakan bedah (ligasi, embolisasi, ekstirpasi, maupun gamma knife) jika penyebabnya adalahaneurisme atau malformasi arteri-vena (arteriovenous malformation, AVM)
4. Stadium subakut

Pada stadium ini, tindakan medis dapat berupa terapi kognit tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan bladder training (termasuk terapi fisik).

**BAB III**

**ASUHAN KEPERAWATAN**

1. Pengkajian
2. Kelainan system saraf bisa menimbulkan berbagai macam gejala, diantaranya:
* Nyeri kepala
* Kejang, pingsan, gerakan aneh
* Pening atau vertigo
* Masalah penglihatan
* Kelainan pennciuman atau penglihatan
* Kesulitan berbicara
* Kesulitan menelan
* Kesulitan berjalan
* Ekstremitas lemah
* Gangguan sensori
* Gerakan involunter dan tremor
* Masalaha pengendalian sfinkter (buang air besar atau kecil)
* Gangguan fungsi mental luhur, seperti bingung atau perubahan kepribadian
1. Pemeriksaan fisik
2. Bagaimana tingkat kesadaran pasien, tentukan dengan skor koma Glasgow
3. Pandanglah pasien, apakah ada kelainan postur yang jelas, pengecilan otot atau tremor?
4. Periksa ekstremitas atas
* Lakukan inspeksi untuk mencari pengecilan otot yang jelas, tremor, fasikulasi, deformitas, dan perubahan warna kulit.
* Periksa kekuatan, bandingkan kedua lengan. Gunakan skala MRC

0 lumpuh sempurna

1 masih terlihat kontraksi

2 gerak aktif tanpa gravitasi

3 bergerak melawan arah

4 bergerak melawan tahanan

1. kekuatan normal
* Periksa koordinasi dengan tes telunjuk-hidung, gerak cepat jari-jari, gerak cepat bergantian (jika ada kesulitan = disdiadokokinesis pada gangguan serebelum)
* Periksa reflek dengan ketukan biseps, triseps dan supinator
* Periksa sensasi. Tes raba halus, tusuk jarum, rasa getar, rasa posisi sendi, dan reaksi panas/dingin.
1. Periksa ekstremitas bawah
* Lakukan inspkesi
* Periksa kekuatan, bandingkan kedua sisi.
* Periksa koordinasi
* Periksa sensasi
1. Periksa saraf kranial
* *Olfaktorius*, periksa sensasi penghidu di kedua lubang hidung
* *Optikus*, periksa ketajaman penglihatan, periksa lapang pandang, periksa reaksi cahaya langsung dan tak langsung serta akomodasi
* *Okulomotorius*, troklearis, dan abdusen, Cari adanya ptosis (sebelah atau kedua kelopak mata menutup) Periksa adanya nigtagmus, tanyakan adanya penglihatan ganda .
* *Trigeminus*, Periksa sensasi wajah terhada raba halus dan tusuk jarum.

Periksa kekuatan otot pengunyah dna temporalis

Tes reflek kornea

Tes ketuk rahang

* *Fasialis*, Periksa oto otot ekspresi wajah (angkat alis, tutup mata kuat kuat, tunjukan gigi)
* *Vesibulokoklearis*, Tes pendengaran, lakukan tes rine dan tes weber

Tes keseimbangan (berdiri dengan mata tertutup, berjalan sepanjang garis lurus)

* *Vagus dan glosofaringeus*, Periksa gerak palatum

Periks reflek muntah dan batuk

* *Aksesorius*, Periksa kekuatan otot sternomastoideus dan mengangkat bahu
* *Hipoglosus*, Periksa lidah untuk mencari pengecilan otot, fasikulasi dan uji kekuatan
* Tes fungsi mental luhur

Nilailah kemampuan berbicara

Periksa ingatan

Nilailah kemampuan pemahaman (Sumber : jonathan Gleadle)

1. Diagnosa Keperawatan
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan fungsi neurologis
3. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan efek kerusakan pada hemisfer bahasa atau wicara (kiri atau kanan)
4. Kurang perawatan diri berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik dan gangguan proses kognitif.
5. Resiko tinggi terhadap cidera yang berhubungan dengan defisit lapang pandang motorik atau persepsi.
6. Intervensi
7. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan fungsi neurologis

**Tujuan :** Mempertahankan/ meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena atau kompensasi.

**Intervensi** :

* Kaji kemampuan fungsional dan beratnya kelainan
* Pertahankan kesejajaran tubuh (gunakan papan tempat tidur, matras udara atau papan baku sesuai indikasi
* Balikkan dan ubah posisi tiap 2 jam
* Tinggikan ekstremitas yang sakit dengan bantal
* Lakukan latihan rentang gerak aktif atau pasif untuk semua ekstremitas setiap 2 jam sampai 4 jam
* Berikan dorongan tangan, jari-jari dan latihan kaki
* Bantu pasien dengan menggunakan alat penyokong sesuai indikasi
* Berikan dorongan kepada pasien untuk melakukan aktivitas kebutuhan sehari-hari
* Mulai ambulasi progresif sesuai pesanan bantu untuk duduk dalam posisi seimbang mulai dari prosedur pindah dari tempat tidur ke kursi untuk mencapai keseimbangan.
1. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan efek kerusakan pada hemisfer bahasa atau wicara (kiri atau kanan)

**Tujuan :** pasien dapat mengindikasikan pemahaman tentang masalah komunikasi, pasien dapat membuat metode komunikasi dimana kebutuhan dapat diekspresikan

**Intervensi :**

* kaji kemampuan berbicara, mendengar, menulis, membaca dan memahami
* Buat semua upaya untuk memahami komunikasi pasien, mendengar dengan penuh perhatian, ulangi pesan pasien kembali pada pasien untuk memastikan pengertian, abaikan ketidaktepatan penggunaan kata, jangan memperbaiki kesalahan, jangan pura-pura mengerti bila tidak mengerti, minta pasien untuk mengulang.
* Gunakan strategi untuk memperbaiki pemahaman pasien, dapatkan pengetahuan pasien sebelum bicara padanya, panggil dengan menyebutkan nama pasien, lakukan pola bicara yang konsisten, gunakan sentuhan dan perilaku untuk berkomunikasi dengan tenang
* Ajarkan pasien tehnik untuk memperbaiki wicara, instruksikan bicara lambat dan dalam kalimat pendek pada awalnya, tanyakan pertanyaan yang dapat dijawabnya ya atau tidak
* Kolaborasikan dengan praktis bicara untuk mengevaluasi pasien dan merancang rencana
1. Kurang perawatan diri berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik dan gangguan proses kognitif.

**Tujuan :** Pasien dapat menolong diri sendiri sesuai kondisinya, dan dapat mengungkapkan kebutuhannya.

**Intervensi :**

* Kaji derajat ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri (mandi, makan, toile training)
* beri perawatan kulit selama 4-5 jam, gunakan lotion yang mengandung minyak, inspeksi bagian di atas tulang yang menonjol setiap hari untuk mengetahui adanya kerusakan
* Beri hygiene fisik total, sesuai indikasi, sisi rambut setiap hari, kerams setiap minggu sesuai indikasi
* Beri oral hygiene setiap 4-8 jam, sikat gigi, bersihkan membran mukosa dengan pembilas mulut, jaga agar kuku tetap terpotong rapi dan bersih
* Perbanyak masukan cairan sampai 2000 ml/hari kecuali terhadap kontra indikasi
* Pastikan eliminasi yang teratur
1. Resiko tinggi terhadap cidera yang berhubungan dengan defisit lapang pandang motorik atau persepsi

**Tujuan :** pasien dapat terhindar dari resiko cedera atau terjatuh

**Intervensi :**

* Kaji suhu air mandi dan bantalan pemanas sebelum digunakan dengan menggunakan termometer bila ada
* Kaji ekstremitas setiap hari terhadai cidera yang tidak terdeteksi
* Lakukan tindakan yang mengurangi bahaya lingkungan : orientasi pasien dengan lingkungan sekitarnya, instruksikan pasien untuk menggunakan bel pemanggil untuk meminta bantuan, pertahankan tempat tidur dan posisi rendah dengan atau semua bagian pengaman tempat tidur terpasang
* Pertahankan kaki tetap hangat dan kering serta kulit dilemaskan dengan lotion
* Konsul dengan ahli terapi dengan pelatihan postur
* Ajarkan pasien dengan keluarga untuk memaksimalkan keamanan di rumah.

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

 Klien dengan paska stroke dilakukan pengkajian pada klien meliputi : macam – macam gejala yang dirasakan klien seperti nyeri kepala, vertigo, kesulitan bicara, gangguan sensori dan lain – lain. Selain itu dilakukan pemeriksaan fisik pada klien seperti pemeriksaan GCS, MRC. Data tersebut digunakan untuk memperkuat hasil pengkajian gejala yang dirasakan klien. Serta dilakukan pemeriksaan 12 saraf kranial.

Dari rumusan diatas akan muncul berbagai diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan paska stroke : Kerusakan mobilitas fisik, Kerusakan komunikasi verbal, Kurang perawatan diri, Resiko tinggi terhadap cidera.

Setelah munculnya permasalahan yang ada kemudian dilakukan rencana keperawatan guna memenuhi kebutuhan dasar klien sendiri dengan tindakan keperawatan dengan melibatkan keluarga serta profesi lain guna mengatasi masalah diatas.

**BAB V**

**KESIMPULAN**

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi. Stroke juga bermakna sindrome klinis yang awal timbulnya mendadak, cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung meninmbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik.

**DAFTAR PUSTAKA**

Auryn, Virzara, 2009, *Mengenal & Memahami Stroke*, Kata Hati, Jogjakarta.

Batticaca, Fransisca B, 2008, *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan,* Salemba Medika, Jakarta.

Brunner & Sudarth, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, EGC, Jakarta.

Herdman, Heather, 2012, *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014,* EGC, Jakarta.

Hernata, Iyan, 2013, *Ilmu Kedokteran Lengkap tentang Neurosains,* D-Medika, Jogjakarta.

Prasetyono, Dwi Sunar, 2012,  *Daftar Tanda & Gejala Ragam Penyakit,* FlashBooks, Jogjakarta

Wilkinson, Judith M, 2012, *Buku Saku Diagnosis Keperwatan edisi 9,* EGC, Jakarta