

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik dengan Defisit Perawatan Diri (Mandi)

1. Pengertian stroke non hemoragik

Stroke non hemoragik merupakan sindroma klinis sebagai akibat dari gangguan vaskuler. Saat terjadi stroke, aliran darah ke otak terganggu sehingga terjadinya iskemik yang berakibat kurangnya aliran glukosa, oksigen dan bahan makanan lainnya ke sel otak (Brunner and Suddarth, 2015)

Stroke merupakan penyakit serebrovaskular (pembuluh darah otak) karena kematian jaringan otak (infark serebral). Stroke merupakan sindroma klinis yang timbulnya secara mendadak, progresi cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global, yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (WHO, 2014).

2. Etiologi stroke non hemoragik

Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju otak lancar dan tidak mengalami hambatan (Iskandar, 2012). Menurut Brunner and Suddarth (2015), terhambatnya aliran darah menuju otak dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu:

a. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang menjadi penyebab umum dari stroke.

b. Emboli serebri

Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir didalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau katupnya. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan akhirnya tersumbat didalam sebuah arteri (kecil).

3. Patofisiologi stroke non hemoragik

Menurut Price and Wilson (2006), sekitar 80% - 85% stroke adalah stroke iskemik yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (trombus) yang terbentuk di dalam suatu pembuluh otak atau pembuluh atau organ distal. Jika pada trombus vaskular distal, bekuan dapat terlepas, atau mungkin terbentuk didalam suatu organ seperti jantung dan kemudian dibawa melalui sistem arteri ke otak sebagai suatu embolus. Selain trombus, aterosklerosis juga merupakan salah satu penyebab terjadinya stroke iskemik. Hal ini karena adanya sumbatan aliran di arteria karotis interna yang menyebabkan pembentukan plak aterosklerotik di pembuluh darah. Jika trombus atau aterosklerosis terjadi, maka embolus akan menyumbat aliran darah dan terjadilah anoksia jaringan otak di bagian distal sumbatan. Di samping itu, embolus juga bertindak sebagai iritan yang menyebabkan terjadinya vasospasme lokal di segmen di mana embolus berada.

Ketika arteri tersumbat secara akut oleh trombus atau embolus, maka akan menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada upper motor neuron (UMN). Kerusakan saraf pada area broadman 4-6 mengakibatkan hemiparesis pada

anggota motorik. Sel-sel saraf (neuron) berkurang jumlahnya sehingga sintesis berbagai neurotransmitter berkurang. Berkurangnya jumlah neurotransmitter mengakibatkan kecepatan hantaran impuls dan kemampuan transmisi impuls neuron sel efektor menurun. Hal tersebut mengakibatkan terganggunya kemampuan sistem saraf untuk mengirimkan informasi sensorik, mengenal dan mengasosiasikan informasi, memprogram dan memberi respon terhadap informasi sensorik atau sering disebut dengan gangguan neuromuskuler (Muttaqin, 2009).

4. Konsep dasar defisit perawatan diri (mandi) pada stroke non hemoragik

a. Pengertian defisit perawatan diri (mandi) pada stroke non hemoragik

Defisit perawatan diri (mandi) pada pasien stroke non hemoragik adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (mandi) yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, dan penurunan motivasi (PPNI, 2016).

b. Etiologi defisit perawatan diri (mandi) pada pasien stroke non hemoragik

Agen pencedera fisiologis defisit perawatan diri adalah gangguan neuromuskuler (PPNI, 2016). Menurut Ganong (2008), iskemik bisa menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada upper motor neuron (UMN). Kerusakan saraf pada area broadman 4-6 mengakibatkan hemiparesis pada anggota motorik.

Paralisis yang disebabkan oleh lesi upper motor neuron dapat mempengaruhi seluruh ekstremitas, kedua eksteremitas atau separuh bagian tubuh, maka dalam hal memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien stroke non hemoragik memerlukan bantuan untuk memenuhi *Activity of Daily Living*

(ADL), sehingga pada pasien stroke non hemoragik biasanya terjadi defisit perawatan diri yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler (Brunner and Suddarth, 2015).

c. Faktor yang mempengaruhi defisit perawatan diri (mandi) pada pasien stroke non hemoragik

Menurut Tarwoto (2010), defisit perawatan diri dipengaruhi oleh :

1) Citra tubuh

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri. Misalnya karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.

2) Usia

Semakin bertambahnya usia seseorang, maka akan semakin berkurang produktivitasnya. Sehingga pada pasien stroke non hemoragik akan mengalami penurunan dalam melakukan perawatan diri.

3) Pengetahuan

Pengetahuan tentang personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan.

4) Budaya

Pada sebagian masyarakat, individu yang memiliki penyakit tertentu tidak boleh dimandikan.

5) Kebiasaan seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri, seperti penggunaan sabun, sampo, dan lain-lain.

6) Kondisi fisik

Pada keadaan sakit tertentu, kemampuan untuk merawat diri berkurang dan memerlukan bantuan untuk melakukannya.

d. Patofisiologi defisit perawatan diri (mandi) pada stroke non hemoragik

Menurut Ganong (2008), iskemik dapat menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada upper motor neuron (UMN). Kerusakan saraf pada area broadman 4-6 mengakibatkan hemiparesis pada anggota motorik, baik motorik primer yang bertanggung jawab untuk gerakan volunter maupun motorik sekunder yang bertanggung jawab untuk gerakan-gerakan volunter dan deviasi konjugat dari mata dan kepala.

Sel-sel saraf (neuron) berkurang jumlahnya sehingga sintesis berbagai berbagai neurotransmitter berkurang. Berkurangnya jumlah neurotransmitter mengakibatkan kecepatan hantaran impuls dan kemampuan transmisi impuls neuron sel efektor menurun. Hal tersebut mengakibatkan terganggunya kemampuan sistem saraf untuk mengirimkan informasi sensorik, mengenal dan mengasosiasikan informasi, memprogram dan memberi respon terhadap informasi sensorik atau sering disebut dengan gangguan neuromuskuler (Muttaqin, 2009).

Lesi pada upper motor neuron yang melibatkan korteks motor, kapsula interna, medulla spinalis dan struktur lain pada otak menyebabkan terjadinya paralisis (kehilangan gerakan yang disadari). Paralisis akibat lesi upper motor neuron biasanya mempengaruhi seluruh ekstremitas, kedua eksterimitas atau separuh bagian tubuh, maka dalam hal memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dengan stroke non hemoragik memerlukan bantuan, sehingga pada pasien Stroke Non Hemoragik biasanya terjadi defisit perawatan diri (mandi) yang

disebabkan oleh gangguan neuromuskuler (Brunner and Suddarth, 2015).

e. Manifestasi klinis defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik

Menurut Pudjiastuti (2011), gejala utama dari stroke non hemoragik adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak/sub akut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun, kecualibila embolus cukup besar. Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Manifestasi klinis stroke berupa :

- a. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia
- b. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak
- c. Vertigo, muntah-muntah atau nyeri kepala
- d. Gangguan semibilitas pada salah satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik)
- e. Disartria (bicara pello atau cadel)
- f. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
- g. Afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan atau kesulitan memahami ucapan)
- h. Ataksia (tungkai atau anggota badan)

Menurut PPNI (2016), dari data mayor pasien yang mengalami defisit perawatan diri (mandi) secara subjektif akan menolak melakukan perawatan diri, sedangkan jika dilihat dari data objektif maka pasien akan tampak tidak mampu melakukan perawatan diri.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Defisit Perawatan Diri (Mandi)

1. Pengkajian

Menurut NANDA (2018), pengkajian merupakan tahap pertama yang paling penting dalam proses keperawatan. Pengkajian dibedakan menjadi dua jenis yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Kedua pengkajian ini membutuhkan pengumpulan data dengan tujuan yang berbeda. Menurut Potter,P.A (2011), pengkajian yang akurat akan membuat mungkin untuk membuat tujuan dan strategi yang sesuai bagi klien.

Menurut PPNI (2016), pengkajian pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan defisit perawatan diri (mandi) termasuk dalam kategori perilaku dan subkategori kebersihan diri. Pengkajian dilakukan sesuai dengan tanda mayor subjektif dan objektif. Pada data subjektif pasien menolak melakukan perawatan diri, sedangkan pada data objektifnya pasien tidak mampu mandi, berpakaian, makan, toileting dan minat melakukan perawatan diri kurang. Pengkajian pasien dengan defisit perawatan diri dengan tanda minor tidak tersedia.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan

diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi kesehatan (PPNI, 2016).

Dalam penelitian ini diagnosa yang diambil adalah defisit perawatan diri (mandi) yang merupakan diagnosa aktual yang terdiri atas 3 bagian yaitu *problem*, *etiology*, *sign* dan *symptom*. Defisit perawatan diri termasuk kategori perilaku dan subkategori kebersihan diri. Tanda dan gejala mayor dari data subjektif adalah pasien menolak untuk melakukan perawatan diri, sedangkan data objektifnya adalah pasien tidak mampu mandi (PPNI, 2016).

3. Peencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan terdiri atas luaran dan intervensi. Luaran (*outcome*) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan indonesia memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspetasi dan kriteria hasil. Label merupakan nama sari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Ekspetasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai, sedangkan kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Klasifikasi luaran keperawatan defisit perawatan diri (mandi) termasuk dalam kategori perilaku dan subkategori kebersihan diri (PPNI, 2019).

Perencanaan merupakan pedoman tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai

kebutuhan berdasarkan diagnosis keperawatan (Asmadi, 2008). Menurut PPNI (2018), intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Klasifikasi intervensi keperawatan defisit perawatan diri (mandi) termasuk dalam kategori perilaku yang merupakan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat dan termasuk dalam subkategori kebersihan diri yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan perilaku sehat dan merawat diri. Dalam perencanaan keperawatan dibuat prioritas dengan kolaborasi pasien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, modifikasi asuhan keperawatan dan catat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan penatalaksanaan klinik.

Berikut ini luaran dan intervensi keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan defisit perawatan diri (mandi) dengan label dukungan perawatan diri : mandi.

Tabel 1

Intervensi pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Defisit Perawatan Diri (Mandi)

Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi
Defisit Perawatan Diri (mandi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Mempertahankan kebersihan diri meningkat	a. Dukungan perawatan diri : mandi 1) Observasi a) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri b) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan c) Monitor kebersihan tubuh d) Monitor integritas kulit 2) Terapeutik a) Sediakan peralatan mandi b) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman c) Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan d) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri e) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian 3) Edukasi a) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan b) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien (jika perlu)

(Sumber : PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019 dan PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut Kozier *et al.* (2010), proses implementasi keperawatan

terbagi menjadi lima yaitu mengkaji kembali klien, menentukan kebutuhan perawat terhadap bantuan, mengimplementasikan intervensi keperawatan, melakukan supervisi terhadap asuhan yang didelegasikan dan mendokumentasikan tindakan keperawatan. Agar berhasil mengimplementasikan rencana asuhan, perawat memerlukan keterampilan kognitif, interpersonal dan teknis. Kerjasama yang baik antar pasien atau keluarga pasien sangat diperlukan untuk membuat kondisi pasien membaik.

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Kozier *et al.* (2010), evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

Format yang digunakan dalam tahap evaluasi menurut Alimul and Hidayat (2012), yaitu format SOAP yang terdiri dari :

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan defisit perawatan diri diharapkan pasien tidak menolak untuk melakukan perawatan diri (mandi).
- b. *Objective*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan. Pada pasien defisit

perawatan diri indikator evaluasi menurut PPNI (2019), yaitu kemampuan mandi pasien meningkat dan pasien mampu mempertahankan kebersihan diri.

c. *Assesment*, yaitu membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil. Kemudian ditarik kesimpulan dari tiga kemungkinan simpulan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai, yaitu respon pasien yang menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian, yaitu respon pasien yang menunjukkan masih dalam kondisi terdapat masalah.
- 3) Tujuan tidak tercapai, yaitu respon pasien tidak menunjukkan adanya perubahan kearah kemajuan.

d. *Planning*, yaitu rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.