

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Lansia**

##### **1. Definisi lanjut usia**

Seseorang dapat dikatakan lanjut usia apabila telah berusia 60 tahun atau lebih, yang disebabkan oleh faktor tertentu sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosial (Nugroho, 2014).

Secara umum, seseorang juga dapat dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun ke atas. Lansia bukan merupakan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan menurunnya kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Lansia merupakan suatu keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Kegagalan ini berkaitan erat dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta meningkatkan kepekaan secara individual (Effendi & Makhfudli, 2009).

##### **2. Batasan lanjut usia**

WHO menggolongkan lansia berdasarkan usia kronologis atau biologis menjadi 4 kelompok yaitu *middle age* (usia 45-59 tahun), *elderly* (usia 60-74 tahun), *old* (usia 75-90 tahun), *very old* (diatas 90 tahun) (Azizah, 2014). Menurut Depkes RI (2013) menggolongkan lansia dalam kategori yaitu pralansia (usia 45-59 tahun), lansia (usia >60 tahun), lansia dengan resiko tinggi (usia 70 tahun atau lebih) dengan masalah kesehatan, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan yang menghasilkan barang atau jasa, lansia tidak potensial lansia yang tidak

berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Eka, 2015).

## **B. Konsep Teori Penyakit Stroke Non Hemoragik**

### **1. Definisi stroke non hemoragik**

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus segera ditangani dengan cepat dan tepat. Stroke merupakan suatu kelainan fungsi otak yang berlangsung secara mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008b).

Stroke atau CVA (*celebro-vascular accident*) merupakan gangguan saraf permanen yang mengakibatkan terganggunya peredaran darah ke otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Sindrom klinis ini terjadi secara mendadak serta bersifat progresif sehingga menimbulkan kerusakan-kerusakan otak secara akut dengan tanda klinis yang terjadi secara fokal atau global (lingga, 2013). Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer, 2013).

### **2. Etiologi stroke non hemoragik**

Menurut Mutaqin (2008), penyebab stroke terdiri dari:

#### **a. Trombosis Serebral**

Trombosis terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya.

b. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk dalam perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi akibat adanya aterosklerosis dan hipertensi.

c. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung-paru, dan curah jantung yang turun akibat aritmia.

d. Hipoksia Setempat

Terdapat beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat seperti spasme arteri serebral yang disertai dengan subaraknoid dan vasokonstriksi dari arteri cerebri disertai sakit kepala (migrain) (Muttaqin, 2008b).

**3. Tanda dan gejala stroke non hemoragik**

Gejala-gejala paling umum timbulnya serangan stroke, antara lain: terjadinya serangan sakit kepala, hilangnya keseimbangan, gangguan penglihatan, hilangnya kemampuan berbicara dengan jelas atau kemampuan untuk memahami pembicaraan orang lain atau lawan bicara, salah satu kelopak mata sulit untuk dipejamkan, gangguan penciuman, dan lain-lain.

Gejala stroke tidak selalu muncul pada kondisi yang berat. Serangan stroke ringan dapat diatasi dan kondisi pasien dapat pulih kembali sepenuhnya, atau bahkan dapat beraktivitas dan produktif seperti semula apabila serangan stroke ditangani dengan cepat dan tepat, sedangkan penanganan yang terlambat akan

mengantarkan pada kondisi yang parah seperti kelumpuhan total, atau bahkan mengantar penderita pada kematian.

Penderita pada umumnya juga menunjukkan gejala seperti pusing yang hebat, muntah-muntah, kerusakan mental, kejang-kejang, koma dan demam. Sebagian penderita mengalami gejala khusus yang skalanya berbeda-beda. Ini tergantung pada saraf bagian mana yang terganggu akibat sumbatan atau sirkulasinya, seperti pelo atau gangguan bicara, buta mendadak, hilang sensori perasa, gangguan memori dan emosi, serta lumpuh sebelah. Mayoritas penderita merupakan penyandang risiko tinggi terkena stroke.

Tanda dan gejala umum dari stroke:

- a. Terasa semutan atau seperti terbakar
- b. Lumpuh sebagian badan kanan atau kiri
- c. Sulit untuk menelan
- d. Mudah tersedak
- e. Mulut menjadi mencong dan sulit untuk berbicara
- f. Berjalan susah, jalan terhuyung dan kehilangan keseimbangan
- g. Kepasa pusing atau sakit kepala secara mendadak tanpa tahu penyebabnya
- h. Gangguan pengelihatan
- i. Kelopak mata sulit dibuka
- j. Gerakan tidak terkontrol
- k. Bingung, dan
- l. Koma

Gejala-gejala stroke berdasarkan lokasi di tubuh antara lain:

- a. Batang otak, yaitu terdapat 12 saraf kranial: menurunnya kemampuan membau, mengecap, mendengar, dan melihat parsial atau keseluruhan, reflex menurun, ekspresi wajah terganggu, pernafasan dan detak jantung terganggu, lidah lemah.
- b. Bagian sistem saraf pusat: kelemahan otot (hemiplegia), kaku, menurunnya fungsi sensorik.
- c. Cerebral cortex: aphasia (gangguan fungsi bicara), apraxia (tidak mampu melakukan pergerakan), daya ingat menurun, dan kebingungan.

Jika tanda dan gejala tersebut hilang dalam kurun waktu 24 jam, ini bisa dikatakan sebagai *Transient Ischemic Attack* (TIA), yaitu merupakan serangan kecil atau serangan awal stroke (Pudiastuti, 2013).

#### **4. Faktor resiko yang mempengaruhi stroke non hemoragik**

Faktor resiko merupakan suatu hal yang dapat meningkatkan kecenderungan seseorang untuk mengalami stroke. Penelusuran faktor resiko penting dilakukan agar dapat menghindari dan mencegah serangan stroke. Ada dua faktor resiko yang mempengaruhi stroke non hemoragik diantaranya faktor resiko yang dapat dikontrol dan faktor resiko yang tidak dapat dikontrol (Indrawati et al., 2016).

Faktor resiko yang dapat di kontrol yaitu :

- a. Pernah terserang stroke, seseorang yang pernah mengalami stroke, termasuk TIA, rentan terserang stroke berulang. Seseorang yang pernah mengalami TIA akan sembilan kali lebih beresiko mengalami stroke dibandingkan yang tidak mengalami TIA.

- b. Hipertensi, merupakan faktor risiko tunggal yang paling penting pada stroke iskemik maupun stroke perdarahan. Pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Jika proses tekanan berlangsung lama, dapat menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah. Hipertensi juga dapat menyebabkan arterosklerosis dan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak.
- c. Penyakit jantung, beberapa penyakit jantung, antara lain penyakit jantung koroner, penyakit jantung rematik, dan orang yang melakukan pemasangan katup jantung buatan akan meningkatkan resiko stroke. Stroke emboli umumnya disebabkan kelainan kelaianan jantung tersebut.
- d. Diabetes melitus (DM), seseorang dengan diabetes melitus rentan untuk menjadi ateroklerosis, hipertensi, obesistas, dan gangguan lemak darah. Seseorang yang mengidap diabetes melitus memiliki resiko dua kali lipat dibandingkan mereka yang tidak mengidap DM.
- e. Hiperkolesterolemia, dapat menyebabkan arterosklerosis yang dapat memicu terjadinya penyakit jantung koroner dan stroke itu sendiri.
- f. Merokok, perokok lebih rentan terhadap terjadinya stroke dibandingkan mereka yang bukan perokok. Hal tersebut disebabkan oleh zat nikotin yang terdapat di dalam rokok membuat kerja jantung dan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah meningkat. Nikotin juga mengurangi kelenturan arteri yang dapat menyebabkan aterosklerosis.

- g. Gaya hidup, diet tinggi lemak, aktivitas fisik kurang, serta stres emosional dapat meningkatkan risiko terkena stroke. Seseorang yang sering mengonsumsi makanan tinggi lemak dan kurang melakukan aktivitas fisik rentan mengalami obesitas, diabetes melitus, aterosklerosis, dan penyakit jantung. Seseorang yang sering mengalami stres emosional juga dapat mempengaruhi jantung dan pembuluh darah sehingga berpotensi meningkatkan risiko serangan stroke.

Faktor-faktor risiko yang tidak dapat dikontrol. Ada beberapa faktor risiko terkena stroke yang tidak dapat ataupun dimodifikasi. Faktor-faktor tersebut antara lain faktor usia, jenis kelamin, ras, dan genetik/keturunan.

- a. Usia, risiko mengalami stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Risiko semakin meningkat setelah usia 55 tahun. Usia rentan terkena serangan stroke adalah usia 65 tahun ke atas. Dari 2065 pasien stroke akut yang dirawat di 28 rumah sakit di Indonesia, 35,8% berusia di atas 65 tahun dan 12,9% kurang dari 45 tahun.
- b. Jenis kelamin, stroke menyerang laki-laki 19% lebih banyak dibandingkan Perempuan.
- c. Genetik, risiko stroke meningkat jika ada orang tua atau saudara kandung yang mengalami stroke atau TIA.

## **5. Patofisiologi stroke non hemoragik**

- a. Stroke non hemoragik

Stroke iskemia disebabkan karena adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Trombus pada umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga menyebabkan arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus pun

menjadi berkurang. Hal ini menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Sedangkan emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli (Brunner & Suddarth, 2013).

b. Stroke hemoragik

Pembuluh darah otak yang pecah mengakibatkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang dapat menyebabkan perubahan komponen intrakranial yang seharusnya terjadi secara konstan. Akibat adanya perubahan komponen intrakranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Di samping itu, darah yang mengalir ke ruang subarachnoid menyebabkan terjadinya edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga dapat terjadi nekrosis jaringan otak (Brunner & Suddarth, 2013).

**6. Pemeriksaan penunjang stroke non hemoragik**

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit tertentu yang terdeteksi melalui pemeriksaan darah. Melalui pemeriksaan darah dapat diketahui kadar gula, kolesterol, asam urat, dan lain-lain yang menjadi petunjuk ada tidaknya faktor resiko stroke yang bersifat tidak



tetap pada diri pasien. Dari tes darah dapat pula diketahui laju penggumpalan darah pada pasien yang bersangkutan. Hal ini sangat penting karena penggumpalan darah merupakan pertanda awal yang menyebabkan stroke yang umum terjadi. Sementara itu, melalui tes darah lengkap akan diketahui jumlah sel darah merah, sel darah putih, trombosit, dan leukosit pasien.

Sebagian dokter menghendaki agar pasien menjalani tes darah khusus meliputi kadar homosistein, enzim kardiak, serta toksikologi. Tes-tes khusus tersebut bertujuan untuk mencari kemungkinan adanya faktor lain yang dikhawatirkan dapat memicu stroke.

b. *Scanning*

*Scanning* merupakan prosedur pemeriksaan radiologi. Pemeriksaan yang dilakukan melalui foto kepala dan otak ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana perkembangan kondisi kepala khususnya otak pasien. Tujuannya untuk mendapatkan gambaran tentang kerusakan otak yang kemungkinan telah terjadi. Biasanya dilakukan pada pasien yang sudah mengalami stroke. Pemeriksaan ini juga membantu untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya stroke pada pasien yang mengalami gejala-gejala awal stroke dan TIA (*transient ischaemic attack*). Untuk pasien yang sedang dalam tahap pengobatan, *scanning* bermanfaat untuk memantau sejauh mana manfaat pengobatan yang telah dilakukan.

Ada beberapa teknik *scanning* untuk penderita stroke, yaitu *CT Scan*, *MRI*, *carotid ultrasound*, dan *celebral angiography*. Pemeriksaan-pemeriksaan ini dilakukan dengan tujuan yang berbeda-beda sesuai dengan akurasi data yang diperoleh dari hasil pemindaian. Jenis *scanning* mana yang akan dipilih oleh

dokter disesuaikan dengan perolehan data wal yang berhasil dihimpun dari pemeriksaan sebelumnya.

1) CT SCAN (*Computerized Tomography Scanning*)

CT-Scan adalah prosedur pengambilan gambar pada organ tubuh atau bagian tubuh dengan menggunakan sinar X. Pasien yang menjalani CT-Scan harus berbaring di atas tempat tidur yang terhubung dengan terowongan berisi mesin yang dapat berputar mengelilingi bagian tubuh yang akan diperiksa. Khusus untuk memindai stroke, alat tersebut diarahkan agar arah putarannya bergerak mengelilingi bagian kepala. Melalui CT-Scan akan diperoleh foto yang menjelaskan dimana letak kerusakan otak dan seberapa parah kerusakan yang telah terjadi. Foto yang diperoleh dari CT-Scan tergambar jelas bagian kepala secara utuh. Foto yang diambil dari pasien yang mengalami stroke iskemik akan banyak ditemukan bagian yang gelap. Hasil pemindaian akan tampak jelas pada pasien yang mengalami stroke parah, sementara itu untuk stroke ringan acap kali hasil foto yang diperoleh melalui CT-Scan tidak jelas. Inilah kelemahan pemeriksaan menggunakan CT-Scan bagi mereka yang mengalami gejala stroke pada umumnya.

2) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI diartikan sebagai teknik pencitraan getaran magnetic. Alat pemindaian ini bekerja melalui getaran magnetic. Pemindaian melalui MRI jauh lebih akurat dibandingkan dengan CT-Scan. Melalui pemindaian dengan peralatan MRI akan diketahui adanya kerusakan otak hingga pembuluh darah otak yang paling kecil sekalipun berikut jaringan otak yang

lunak semuanya tampak jelas. Gambar yang diperoleh melalui MRI terdiri dari tiga *angle*, yaitu dari atas, depan, dan samping. Ada tiga prosedur yang biasa dilakukan dalam MRI, yaitu *MRI angiografi*, *MRI perfusion weighted*, dan *MRI diffusion weighted*.

a) MR angiografi

Pemeriksaan ini digunakan untuk mendapat gambar kondisi pembuluh darah yang menyuplai darah ke otak, bermanfaat untuk mengetahui ada tidaknya kelainan yang terjadi pada pembuluh darah otak.

b) MR *perfusion weighted*

Pemeriksaan ini dilakukan kepada pasien yang diduga mengalami TIA (*transient ischemic attack*).

c) MR *diffusion weighted*

Melalui pemeriksaan ini dapat diketahui seberapa parah tingkat kerusakan otak empat jam pasca serangan stroke.

3) Cerebral Angiography

Cerebral angiography adalah alat yang bekerja dengan sinar X. Hasil pemindaian yang diperoleh digunakan untuk mengetahui adanya penyumbatan, penyempitan, aneurism serta AVM. Biasanya akan dilakukan untuk melengkapi hasil CT-Scan yang menunjukkan adanya kelainan pada pembuluh darah.

4) Carotid Ultrasound

Alat ini bekerja mirip USG yang biasa digunakan oleh ginekolog, namun digunakan untuk mendapat gambaran kerusakan pada pembuluh darah di leher yang menuju otak. Pemindaian dilakukan pada pasien yang

baru saja mengalami serangan stroke atau pasien dengan sejumlah tanda-tanda yang mengarah pada stroke (lingga, 2013).

## **7. Komplikasi Stroke**

### **a. Otot mengerut dan kaku sendi**

Bagian tubuh tertentu pada pasien stroke sering kali mengecil, misalnya tungkai atau lengan yang lumpuh menjadi lebih kecil dibandingkan dengan yang tidak lumpuh. Hal ini dapat pula terjadi pada bagian tubuh yang tidak mengalami kelumpuhan jika kurang digerakkan. Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh dapat menyebabkan pasien malas untuk menggerakkan tubuhnya yang sehat sehingga persendian akhirnya menjadi kaku. Inilah penyebab nyeri sendi yang umumnya mereka rasakan. Malas bergerak bukan saja menyulitkan proses pemulihan anggota gerak, akan tetapi juga bisa menyebabkan sisi tubuh yang normal akhirnya ikut cacat.

Untuk mencegah hal tersebut, pasien perlu melakukan latihan fisik secara rutin. Di sinilah peran rehabilitasi fisik pasca stroke yang tidak dapat diabaikan manfaatnya. Gerakan tubuh seperti apapun yang dilakukan secara teratur membantu mencegah pengerutan otot dan menghindari kekakuan sendi yang menyebabkan timbulnya rasa nyeri. Dalam hal ini bimbingan ahli fisioterapi sangat diperlukan untuk membimbing pasien melakukan gerakan terarah untuk memulihkan sendi yang kaku dan melatih otot yang mengerut agar kembali berfungsi seperti semula (lingga, 2013).

### **b. Darah beku**

Akibat sumbatan pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan, maka bagian tersebut akan membengkak. Pembekuan darah bukan hal yang pantas

diremekkan, jika terjadi pada arteri yang mengalir ke paru-paru maka akan menyebabkan pasien sulit untuk bernafas. Tanpa pertolongan yang memadai untuk mengencerkan darah (misalnya dengan mengonsumsi obat) maka kondisi tersebut dapat berujung pada kematian. Jenis obat yang bermanfaat untuk mengatasi persoalan ini adalah antiplatelet atau antikoagulan.

c. Memar

Ketidakmampuan dalam mengerakkan tubuh menyebabkan pasien stroke akhirnya berbaring pada posisi yang sama sepanjang hari. Bagian tubuh yang tidak bergeser akan mengalami tekanan hingga menyebabkan memar atau lecet, sehingga peka terhadap infeksi. Banyak ditemukan pasien stroke yang mengalami kudisan, eksem, ruam pada punggung dan lipatan tubuh kulitnya melepuh, atau menderita gangguan dermatitis lain karena sepanjang hari selama berbulan-bulan tubuhnya tergolek diatas ranjang.

Untuk mencegah hal tersebut, maka posisi tidur pasien harus sering dirubah. Menjadi tugas penolong untuk menggeser tubuh pasien secara berkala agar pinggang, pinggul, paha, dan lengannya sering berpindah posisi. Selain itu, tubuh mereka pun selalu dirawat dengan menjaga kebersihannya. Hal ini untuk mengobati kulit yang memar agar tidak berkembang menjadi penyakit.

d. Nyeri di bagian pundak

Kelumpuhan menyebabkan pasien mengalami nyeri di bagian pundaknya. Tangannya yang lemas terkulai tidak mampu mengontrol gerakan otot dan sendi di sekitar pundak sehingga terasa nyeri ketika digerakkan. Nyeri di bagian pundak dan leher akan sangat terasa ketika pasien dibantu berdiri, diangkat, atau ketika akan diganti pakaiannya.

Untuk mengatasi nyeri pundak, maka ada baiknya jika tangan pasien yang mengalami kelumpuhan digendong agar bertahan pada posisi yang benar. Gunakan gendongan yang terbuat dari kain yang nyaman serta kuat untuk menahan lengannya sehingga tetap stabil ketika tubuhnya digerakkan.

e. Radang paru-paru (pneumonia)

Kesulitan menelan yang dialami pasien menyebabkan terjadinya penumpukan cairan di dalam paru-paru. Batuk-batuk kecil yang sering mereka alami setelah minum dan makan menandakan adanya tumpukan cairan atau lender yang menyumbat saluran napas. Jika cairan tersebut terkumpul di paru-paru maka dapat menyebabkan pneumonia.

f. Fatigue

Kelelahan kronis (*fatigue*) merupakan problem umum yang sering dijumpai pada pasien pasca stroke. Sekitar 30-70% pasien pasca stroke mengalami fatigue. Fakto yang menyebabkannya cukup beragam, antara lain karena penyakit jantung yang dideritanya, penurunan nafsu makan, gangguan berkemih, infeksi paru-paru (pneumonia), dan depresi. Ada beberapa solusi untuk mengatasi fatigue, yaitu dengan pengaturan diet tepat agar nafsu makan terjaga, pemilihan makanan padat gizi, suplementasi zat gizi, dan mengatur jadwal tidur dengan baik (lingga, 2013).

### **C. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri Pada Lansia *Post* Stroke Non Hemoragik**

#### **1. Definisi defisit perawatan diri pada lansia *Post* stroke non hemoragik**

Defisit perawatan diri pada pasien stroke non hemoragik adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan

diri yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, dan penurunan motivasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Defisit perawatan diri merupakan suatu gangguan kemampuan dalam melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting). Personal hygiene merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Kurang perawatan diri yaitu kondisi dimana seseorang tidak mampu dalam melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya (Potter & Perry, 2013).

Defisit perawatan diri dapat terjadi apabila tindakan perawatan diri tidak adekuat dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri yang disadari. Teori defisit perawatan diri bukan hanya saat keperawatan dibutuhkan saja, melainkan cara membantu orang lain dengan menerapkan metode bantuan, yakni melakukan, memandu, mengajarkan, mendukung dan menyediakan lingkungan yang mampu meningkatkan kemampuan individu dalam memenuhi tuntutan akan perawatan dirinya saat ini atau di masa yang akan datang (Kozier, 2011).

## **2. Penyebab defisit perawatan diri pada lansia *post* stroke non hemoragik**

Penyebab defisit perawatan diri pada pasien stroke non hemoragik yaitu gangguan neuromuskular (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut William F Ganong (2008), iskemik dapat menyebabkan lesi atau kerusakan sel saraf pada upper motor neuron (UMN). Kerusakan saraf pada area Brodmann 4-6 dapat mengakibatkan hemiparesis pada anggota motorik (Ganong, 2008).

Paralisis akibat lesi upper motor neuron (UMN) biasanya dapat mempengaruhi seluruh ekstremitas, kedua ekstremitas atau separuh bagian tubuh,

maka dalam hal pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien dengan stroke non hemoragik sangat 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 (Smeltzer & Bare, 2013).

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2014), defisit perawatan diri disebabkan oleh dua faktor yaitu :

a. Faktor predisposisi defisit

- 1) Perkembangan, dalam hal ini keluarga terlalu memanjakan pasien sehingga pasien tidak memiliki semangat untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.
- 2) Biologis, dalam hal ini penyakit kronis yakni Stroke Non Hemoragik yang bisa menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.
- 3) Sosial, dalam hal ini kurangnya dukungan dari keluarga dan latihan kemampuan perawatan diri. Situasi lingkungan dan keluarga juga sangat mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri pasien dalam hal perawatan diri.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor presipitasi personal hygiene adalah kurang motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, kelemahan yang dialami oleh pasien sehingga menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri (Tarwoto & Wartonah, 2014)



**1. Tanda dan gejala defisit perawatan diri pada lansia *post* stroke non hemoragik**

Tabel 1  
Gejala dan Tanda Mayor & Minor Defisit Perawatan Diri

<b>Data</b>	<b>Mayor</b>	<b>Minor</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Subjektif	Menolak melakukan perawatan diri	(tidak tersedia)
Objektif	Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri Minat melakukan perawatan diri kurang	(tidak tersedia)

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia 2016)

**2. Manifestasi klinis defisit perawatan diri pada lansia *post* stroke non hemoragik**

Menurut (Smeltzer & bare, 2013), Stroke Non Hemoragik dapat menyebabkan gangguan neuromuskuler, 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. Salah satu gangguan neuromuskuler yaitu kehilangan motorik. Stroke merupakan penyakit motor neuron atas dan dapat mengikibatakan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak (Smeltzer & bare, 2013).

Disfungsi motorik paling umum yaitu hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis, atau kelemahan salah satu sisi tubuh. Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang biasanya muncul adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon, apabila muncul kurang dari 48 jam, maka dapat menyebabkan peningkatan tonus disertai dengan spastisitas (peningkatan tonus otot yang abnormal) pada ekstremitas yang terkena (Smeltzer & Bare, 2013).

Menurut (Dewanto, 2009), gejala klinis dan gangguan neuromuskuler yang ditemukan berguna untuk menilai lokasi iskemik, yang terdiri dari :

1. Gangguan peredaran darah arteri serebri anterior menyebabkan hemiparesis dan hemihipestasi kontralateral pada tungkai.
2. Gangguan peredaran darah arteri media menyebabkan hemiparesis dan hemihipestasi kontralateral yang terutama mengenai lengan disertai gangguan fungsi luhur berupa afasia (bila mengenai area otak dominan) dan hemispasial neglect (bila mengenai area otak nondominan).
3. Gangguan peredaran darah arteri serebri posterior menimbulkan hemiasnopsi homonim atau kuadrantanopsi kontralateral tanpa disertai gangguan motorik maupun sensorik.
4. Gangguan peredaran darah batang otak menyebabkan gangguan saraf krania seperti disartri, diplopi dan vertigo, gangguan sereberal, seperti ataksia atau hilang keseimbangan atau penurunan kesadaran.
5. Infark lakunar merupakan infark kecil dengan klinis gangguan murni motorik atau sensorik tanpa disertai gangguan fungsi (Dewanto, 2009).

## **D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Lansia *Post Stroke Non Hemoragik***

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan bagian dari setiap aktifitas yang dilakukan oleh perawat dengan dan untuk pasien (Atkinson & Leslie, 2008). Pengkajian merupakan suatu pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan bersinambungan (Kozier, 2011).

Pada tahapan ini, perawat wajib melakukan pengkajian berdasarkan permasalahan yang ada, yaitu tahapan di mana seorang perawat harus menggali informasi secara komprehensif dari pasien maupun anggota keluarga yang dibina (Murwani, Setyowati, & Riwidikdo, 2014). Dalam proses pengkajian dibutuhkan pendekatan agar pasien dan keluarga dapat terbuka saat memberikan data-data yang dibutuhkan. Pendekatan yang digunakan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien dan sosial budayanya. Selain itu, diperlukan metode yang tepat bagi perawat untuk mendapatkan data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan pasien (Bakri, 2016).

Selain itu menurut (Muttaqin, 2008a) pengkajian asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut :

#### **a. Identitas pasien**

Pada identitas pasien ini meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, suku, bangsa, agama, tanggal, jam MRS, nomor register, dan diagnose medis.

b. Keluhan utama

Keluhan utama ini yang sering menjadi alasan pasien untuk menerima pertolongan kesehatan seperti keluarga pasien mengeluh bahwa pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah, bicara pelo, tidak mampu berkomunikasi, dan mengalami penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Ini merupakan informasi mengenai keadaan dan keluhan pasien saat timbul serangan Stroke Non Hemoragik yang menyebabkan defisit perawatan diri sehingga pasien tidak mampu melakukan ADL secara mandiri.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, serangan stroke sebelumnya, anemia, penyakit jantung, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang terlalu lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, vasodilator, aspirin, obat-obat adiktif, dan kegemukan dapat mendukung pengkajian dari riwayat terdahulu untuk mengkaji lebih mendalam guna untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Pengkajian *Indeks Katz*

Perubahan penuaan dan masalah kesehatan sering menunjukkan penurunan status fungsional pada lansia. Salah satu cara yang terbaik untuk mengevaluasi status kesehatan pada lansia adalah melalui penilaian fungsional yang

menyediakan data objektif yang dapat menunjukkan penurunan masa depan atau peningkatan status kesehatan (Wallace & Shelkey, 2008).

Pengkajian *Katz* di kegiatan sehari-hari, sering disebut sebagai *Katz ADL*, adalah instrumen yang paling tepat untuk menilai status fungsional sebagai pengukuran kemampuan klien untuk melakukan kegiatan sehari-hari hidup secara mandiri. *Indeks Katz* adalah alat yang secara luas digunakan untuk menentukan hasil-hasil tindakan dan prognosis pada lansia dan penyakit kronis. *Indeks Katz* pada aktivitas sehari-hari berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau tergantung dari klien dalam mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah, kontinensia, dan makan. Instrumen ini paling efektif digunakan lansia saat perawatan. Saat pengukuran awal, diambil ketika klien dalam kondisi baik. Tiga puluh lima tahun sejak instrumen dikembangkan, instrumen telah dimodifikasi dan disederhanakan dan pendekatan yang berbeda untuk penilaian telah dilakukan. Meskipun tidak ada laporan reliabilitas dan validitas resmi dapat ditemukan dalam literatur, alat ini digunakan secara luas untuk mengukur kemampuan fungsional lansia di lingkungan klinis dan rumah (Wallace & Shelkey, 2008).

*Indeks Katz* terdiri dari 7 tingkatan sebagai hasil penilaian terhadap perihal melakukan kegiatan sehari-hari, yaitu :

- 1) Nilai A Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, dan berpakaian.
- 2) Nilai B Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut.
- 3) Nilai C Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.

- 4) Nilai D Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
- 5) Nilai E Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, dan satu fungsi tambahan.
- 6) Nilai F Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan satu fungsi tambahan.
- 7) Nilai G Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

### **Pemeriksaan Fisik**

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah kepada keluhan-keluhan pasien, selain itu pemeriksaan fisik juga sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik dilakukan secara persistem (B1-B6) namun lebih fokus pada pemeriksaan fisik bagian B3 (*Brain*) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari pasien.

### **Keadaan Umum**

Pada umumnya pasien mengalami penurunan kesadaran, terkadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital terdapat peningkatan tekanan darah, denyut nadi bervariasi.

### **B1 (*Breathing*)**

Saat dilakukan inspeksi pasien tampak batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi adanya bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada pasien dan terjadi peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering terjadi pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

## **B2 (*Blood*)**

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler terdapat renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada pasien stroke. Terjadi peningkatan tekanan darah dan dapat terjadi pada pasien hipertensi massif (tekanan darah >200 mmHg).

## **B3 (*Brain*)**

Stroke dapat menyebabkan berbagai macam defisit neurologis, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah bagian mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi pada otak yang sudah rusak tidak dapat membaik secara utuh. Pengkajian B3 merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan dengan pengkajian pada system yang lainnya.

## **B4 (*Bladder*)**

Setelah mengalami stroke kemungkinan pasien akan mengalami inkontinensia urine sementara akibat terjadinya konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan dalam mengontrol kandung kemih akibat kerusakan kontrol motoric dan postural. Terkadang kontrol spingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukannya kateterisasi intermiten dengan tehnik yang steril. Inkontinensia urine yang berlanjut akan menunjukkan kerusakan neurologis luas.

## **B5 (*Bowel*)**

Pada pasien stroke didapatkan keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan akibat peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan pola nutrisi.

Akibat penurunan gerak peristaltic usus dapat menyebabkan konstipasi pada pasien stroke.

### **B6 (*Bone*)**

Stroke merupakan penyakit UMN yang mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motoric. Akibat dari neuron motor atas yang menyilang, maka mengakibatkan gangguan control motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum yaitu hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan pada salah satu sisi anggota tubuh merupakan tanda yang lain. Pada bagian kulit, jika pasien mengalami kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan apabila terjadi kekurangan cairan maka turgor kulit akan memburuk. Selain itu, perlu dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada bagian yang menonjol akibat pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik atau tirah baring.

Adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau hemiplegi, serta mudah lelah dapat menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Muttaqin, 2008a).

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).  
Diagnosa keperawatan pada pasien stroke yaitu: gangguan menelan, defisit



perawatan diri, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan integritas kulit. Pada kasus ini diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke non hemoragik yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan pasien tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri, dan minat melakukan perawatan diri kurang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **3. Intervensi Keperawatan**

Menurut Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner (2013), intervensi keperawatan merupakan suatu perawatan yang dilakukan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome pasien. Intervensi dibedakan menjadi dua yaitu intervensi perawatan langsung dan tidak langsung. Intervensi perawatan langsung merupakan suatu perawatan yang dilakukan melalui interaksi dengan pasien. Intervensi perawatan langsung mencakup seluruh tindakan keperawatan baik fisiologis maupun psikososial, dimana dalam hal ini dapat dilakukan dengan tindakan “menggunakan tangan” maupun tindakan yang lebih mendukung dan konseling. Intervensi perawatan tidak langsung merupakan perawatan yang dilakukan tidak langsung kepada pasien maupun sekelompok pasien tetapi dengan izin pasien. Intervensi perawatan tidak langsung mencakup tindakan keperawatan yang mengatur lingkungan perawatan pasien serta kolaborasi dengan disiplin ilmu lainnya. Tindakan tersebut mendukung efektifitas intervensi keperawatan yang bersifat langsung (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013).

Berikut merupakan intervensi dari stroke non hemoragik:

Tabel 2  
Tujuan dan Intervensi Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Defisit Perawatan Diri Berdasarkan SIKI dan SLKI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
Defisit Perawatan Diri	<b>SLKI</b> 1. <i>Self-care : Activity of Daily Living</i> (ADLs) a. Mampu melakukan tugas fisik yang paling mendasar seperti mandi, makan, berpakaian/berhias serta toileting secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu. b. Mampu mempertahankan kebersihan pribadi dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa bantuan. c. Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan dalam melakukan ADL.	<b>SIKI</b> <b>Mandiri:</b> 1. Monitor kemampuan pasien dalam perawatan diri secara mandiri. 2. Monitor kebutuhan pasien untuk alat-alat bantu kebersihan diri berpakaian, berhias, toileting dan makan. Perawat dan keluarga membantu dalam hal menyiapkan peralatan ADL pasien. 3. Sediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan <i>self-care</i> . Apabila pasien belum mampu secara mandiri dalam melakukan ADL

1	2	3
		<p>perawat dan keluarga dapat membantu pasien agar terciptanya kenyamanan bagi pasien.</p> <p>4. Dorong pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. Ajarkan pasien atau keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</p>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam implementasi juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah dilakukan tindakan, serta menilai data yang baru. Dalam proses keperawatan, implementasi merupakan suatu fase ketika perawat mengimplementasikan

intervensi keperawatan yang sudah dibuat. Berdasarkan terminology SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan dalam melaksanakan intervensi atau program keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut (Kozier, 2011).

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan fase kelima dan fase terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi merupakan suatu aspek penting dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi akan menentukan apakah intervensi keperawatan tersebut harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Evaluasi berjalan kontinu, evaluasi yang dilakukan ketika atau segera setelah mengimplementasikan program keperawatan memungkinkan perawat segera memodifikasi intervensi tersebut. Evaluasi yang dilakukan pada interval tertentu (misalnya, satu kali seminggu untuk pasien perawatan dirumah) menunjukkan tingkat kemajuan untuk mencapai tujuan dan memungkinkan perawat untuk memperbaiki kekurangan dan memodifikasi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan (Kozier, 2010)