

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP MEDIS**

##### **1. Pengertian SNH**

Stroke Non Hemoragik yang biasanya dikenal dengan Stroke Iskemik yaitu Stroke yang diakibatkan adanya penurunan fungsi otak yang disebabkan karena gangguan suplai darah ke bagian otak tidak lancar bahkan terhambat akibat penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah (Pambudiasih, 2021).

Stroke non hemoragik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak Wilson & Price, (2016 dalam Sulistiyawati, 2020).

##### **2. Etiologi**

Menurut Pambudiasih, (2021) Stroke Non Hemoragik diakibatkan karena 2 hal yang terjadi seperti:

###### **a. Trombosis Sereberi**

Pembuluh darah mengalami oklusi sehingga mengakibatkan penyumbatan jaringan dan terjadi edem disekitarnya. Beberapa keadaan yang menyebabkan trombosis serebri adalah Arterosklerosis yaitu penyempitan dan pengerasan pada dinding pembuluh darah yang diakibatkan penumpukan plak pada dinding arteri dan Trombosit yang melekat pada permukaan plak bersamaan dengan fibrin dan perlekatan

tersebut perlahan menyebabkan plak membesar dan terbentuk trombus.

b. Emboli

Penyumbatan dan penyempitan yang terjadi dipembuluh darah otak akibat bekuan lemak, darah, serta udara. Umumnya emboli berasal dari thrombus dijantung dan terlepas kemudian menyumbat arteri serebra dan menyebabkan suplai oksigen ke otak tidak efektif

3. Manifestasi klinis

Menurut Pambudiasih, (2021) tanda dan gejala stroke non hemoragik seperti:

a. Kehilangan Motorik

- 1) Kelumpuhan dan kelemahan pada salah satu anggota tubuh
- 2) Penurunan kekuatan otot

b. Gangguan Dalam Komunikasi

- 1) Kelumpuhan pada saraf yang berfungsi untuk berbicara dan menyebabkan kesulitan dalam berbicara atau biasa disebut disartria.
- 2) Kehilangan kemampuan dalam berbicara, bicara cedal atau pelo dan mulut mencong atau tidak simetris (Facial Palsy).

c. Gangguan Persepsi

- 1) Kehilangan setengah lapang pandang yang berkaitan dengan sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan atau biasa disebut Hemiamopsia

- 2) Menjauh sisi tubuh yang sakit
- 3) Kehilangan sensori seperti kehilangan rasa peka dan sentuhan

#### 4. Patofisiologi

Menurut (Haryono & Utami, 2019) patofisiologi Stroke Non Hemoragik adalah sebagai berikut :

Stroke iskemik atau stroke penyumbatan disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang bisa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak.

Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10 cc/100 g jaringan otak tiap menit. Daerah ini berisiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Sedangkan daerah penumbra adalah daerah otak yang aliran darahnya terganggu tetapi masih lebih baik daripada daerah inti karena daerah ini masih mendapat suplai perfusi dari pembuluh darah lainnya. Daerah penumbra memiliki aliran darah 10-25 cc/100 g jaringan otak tiap menit. Daerah penumbra

memiliki prognosis lebih baik dibandingkan dengan daerah inti. Defisit neurologis dari stroke iskemik tidak hanya bergantung pada luas daerah inti dan penumbra, tetapi juga pada kemampuan sumbatan menyebabkan kekakuan pembuluh darah atau vasospasme.

Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbatnya aliran darah adalah suatu proses biomolekular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia (*ischemic cascade*). Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energy untuk menjalankan proses potensi membran. Kekurangan energy ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob.

Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamat. Glutamate bekerja pada reseptor di sel-sel saraf (terutama reseptor NMDA/N)-methyl-D-aspartate), menghasilkan influx natrium dan kalsium. Influx natrium membuat jumlah cairan intraseluler meningkat dan pada akhirnya menyebabkan edema pada jaringan. Influx kalsium merangsang pelepasan enzim proteolisis (protease, lipase, nuklease) yang memecah protein, lemak dan struktur sel. Influx kalsium juga dapat menyebabkan kegagalan mitokondria, suatu organel membran yang berfungsi mengatur metabolisme sel. Kegagalan-kegagalan tersebut yang membuat sel otak pada akhirnya mati atau nekrosis (Haryono & Utami, 2019).

## 5. Penatalaksanaan

Menurut (Pambudiasih, 2021) ada beberapa penatalaksanaan pada pasien Stroke Non Hemoragik yaitu :

### a. Penatalaksanaan Umum

- 1) posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat
- 2) bebaskan jalan napas, pemberian oksigen 2-3liter/menit
- 3) Pemasangan kateter untuk pengosongan kandung kemih
- 4) Kontrol tekanan darah dan suhu tubuh
- 5) Pemberian nutrisi secara oral diberikan pada pasien dengan fungsi menelan yang masih baik dan pemasangan NGT dengan pasien yang mengalami penurunan kesadaran
- 6) Latih mobilisasi jika memungkinkan

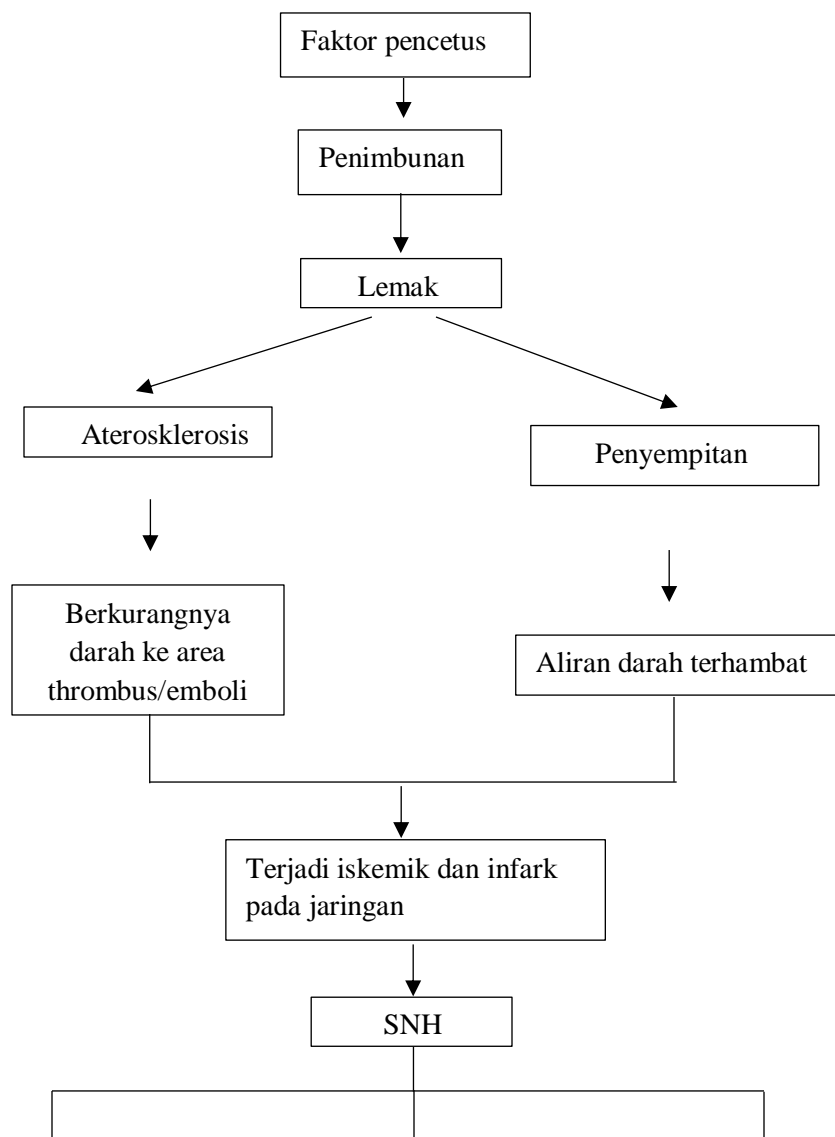
### b. Penatalaksanaan Medis

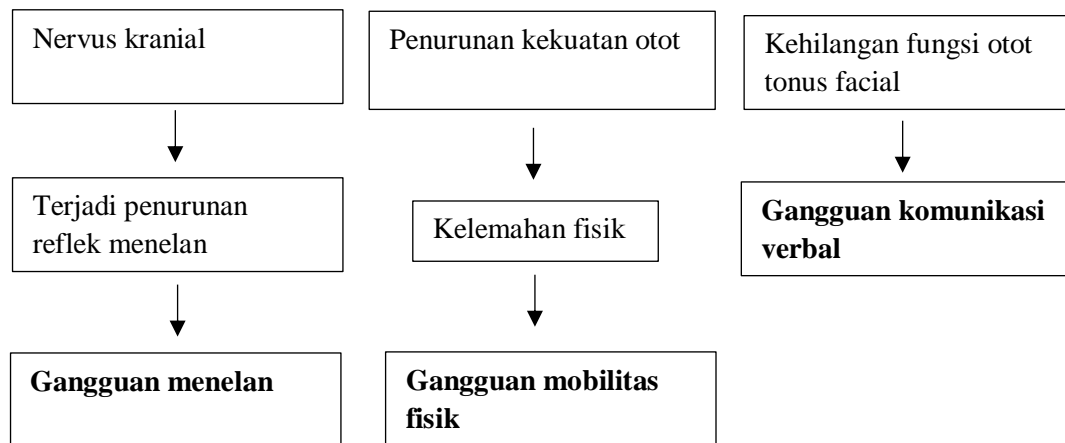
- 1) Trombolitik (streptokinase)
- 2) Anti Trombolitik (asetosol, ticlopidin, colostazol, dipiridamol)
- 3) Antikoagulan (heparin)
- 4) Hemoragik (pentoxifylin)
- 5) Antagonis serotonin (noftidrofuryl)
- 6) Antagonis calsium (nomodipin, piracetam)
- 7) Kejang (antikonvulsan)
- 8) Peningkatan TIK (manitol, gliserol, furosemid, intubasi, steroid)

## B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dan sistematis yang digunakan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari lima tahapan yaitu; pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana perawatan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan ini digunakan sebagai kerangka kerja pemecahan masalah kesehatan yang ditemukan (Yunus, 2019).

### 1. Pathways





Sumber : (Ningrum, 2020)

Bagan 2. 1 Pathways SNH

## 2. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang memiliki peran penting dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Yunus, 2019).

Pengkajian data dasar dalam pengkajian klien pada Stroke Non Hemorrhagic (SNH) dilakukan mulai dari 3 jam - sampai 2 hari adalah :

### a. Identitas Klien

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

### b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke non hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Kekeliruhan, perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajiandari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

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



f. Pengkajian Psikosocio-spiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosis keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan, maka dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dibakukan sebelumnya (Tim Pokja SDKI and PPNI, 2017)

a. Risiko aspirasi.

Risiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.

1) Faktor Risiko

- a) Penurunan tingkat kesadaran
- b) Penurunan reflex muntah dan batuk
- c) Gangguan menelan
- d) Disfagia
- e) Kerusakan mobilitas fisik
- f) Peningkatan residu lambung
- g) Peningkatan tekanan intragastrik
- h) Penurunan motilitas gastrointestinal
- i) Sfingter esofagus bawah inkompeten
- j) Perlambatan pengosongan lambung
- k) Terpasang selang nasogastrik
- l) Terpasang trakeostomi atau endotracheal tube
- m) Trauma / pembedahan leher, mulut, dan / wajah
- n) Efek agen farmakologis
- o) Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernafas

2) Kondisi Klinis Terkait

- a) Cedera kepala
- b) Stroke

- c) Cedera medulla sipinalis
  - d) Guillain barre syndrome
  - e) Penyakit Parkinson
  - f) Keracunan obat dan alcohol
  - g) Pembesaran uterus
  - h) Miestenia gravis
  - i) Fistula trakeoesofagus
  - j) Strikura esophagus
  - k) Sklrerosis multiple
  - l) Labiopalatoskizis
  - m) Atresia esofagus
  - n) Laringomalasia
  - o) prematureritas
- 3) Intervensi
- a) Risiko aspirasi
    - SLKI : Status Menelan (L.06052).
    - Ekspektasi : Membaik
    - (a) Mempertahankan makanan di mulut (5)
    - (b) Usaha menelan (5)
    - (c) Reflek menelan (5)
    - (d) Kemampuan mengunyah (5)

Keterangan :

1. Menurun
2. Cukup menurun
3. Sedang
4. Cukup meningkat
5. Meningkatkan

SIKI : Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum(I.11351).

Observasi

1. Identifikasi diet yang dianjurkan
2. Monitor kemampuan menelan
3. Monitor status dehidrasi pasien, *jika perlu*

Terapeutik

1. Berikan terapi shaker exercise
2. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
3. Atur posisi yang nyaman untuk makan atau minum
4. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
5. Letakkan makanan disisi mata yang sehat
6. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
7. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
8. Sediakan makanan dan minuman yang disukai
9. Berikan bantuan saat makan atau minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
10. Motivasi untuk makan di ruang makan jika tersedia

## Edukasi

1. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam

## Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesic, antiemetik), sesuai indikasi

## b) Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017)

### Standar Operasional Prosedur Shaker Exercise :

- a. Tahap Pra interaksi
  1. Lakukan verifikasi data
  2. Cuci tangan
- b. Tahap Orientasi
  1. Beri salam
  2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan

3. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien
  4. Kontrak waktu
  5. Tanyakan kesediaan pasien
- c. Tahap Kerja
1. Membaca basmallah
  2. Atur posisi pasien untuk melakukan latihan isometric terlebih dahulu dengan cara pasien diharuskan berbaring di tempat tidur ganjal kepala dengan bantal dan anjurkan pasien mengangkat kepala tanpa mengangkat bahu, melihat ujung kaki selama 60 detik dan kemudian menurunkan kepala kembali ke tempat tidur untuk beristirahat selama 60 detik.
  3. Setelah beristirahat lakukan latihan isotonic dengan cara pasien dianjurkan untuk berbaring di tempat tidur, ganjal kepala dengan bantal dan anjurkan pasien untuk mengangkat kepala di postur yang sama seperti latihan pertama dan melihat ujung kaki sebanyak 30 kali berturut-turut.
- d. Tahap Terminasi
1. Melakukan evaluasi tindakan
  2. Melakukan kontrak tindak lanjut

c) Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

S : keluhan secara subjektif yang dirasakan pasien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan

O : keadaan objektif pasien yang dapat dilihat oleh perawat

A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan

perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).

P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

### **C. Evidence Based Practice (EBP)**

1. Menurut jurnal penelitian dari (Yusrial Tarihoran, 2019) yang berjudul “Pengaruh *Shaker Exercise* Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Dengan Disfagia Di Rumah Sakit Kota Medan” yang memiliki tujuan untuk mengetahui pengaruh *shaker exercise* terhadap kemampuan menelan pada pasien stroke dengan disfagia di Rumah Sakit Kota Medan. Dengan menggunakan metode desain quasi eksperimen dengan pendekatan Pretest-Posttest Design Without Control dengan metode pengambilan sampel Consecutive Sampling. Sampel yang digunakan sejumlah 24 responden. Dengan menunjukkan hasil bahwa distribusi rata-rata kemampuan menelan sebelum diberikan intervensi yaitu 85,38 dengan standart deviasi 3,118. Nilai terendah skala RAPIDS yaitu 81 dan nilai tertinggi 90 dari hasil analisis disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata kemampuan menelan sebelum tertinggi 90 dari hasil analisis disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata kemampuan menelan sebelum intervensi di antara 84,06 sampai dengan 86,69. Dan rata-rata kemampuan menelan setelah diberikan intervensi yaitu 92,50 dengan standart deviasi 4,207. Nilai terendah skala RAPIDS yaitu 83 dan nilai tertinggi 98 dari hasil analisis disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-



rata kemampuan menelan setelah intervensi di antara 90,07 sampai dengan 94,23.

2. Menurut jurnal penelitian dari (Ainnur Rahmawati et al, 2019) yang berjudul “Penerapan Shaker Exercise Dan Latihan Menelan Dengan Jelly Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Di RSUD Sunan Kalijaga Demak”. Tujuan dari studi kasus ini yaitu menggambarkan penerapan shaker exercise dan jelly dalam latihan menelan pada pasien stroke di RSUD Sunan Kalijaga Demak. Metode penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Subjek dalam penelitian ini adalah dua orang pasien stroke dengan kesulitan menelan, pasien dalam rehabilitasi, tidak mengalami penurunan kesadaran dan tanda-tanda vital pasien stabil. Kemampuan menelan diukur dengan The Royal Adelaide Prognostic Index For Dysphagic Stroke (RAPIDS). Hasil analisis menunjukkan bahwa ada peningkatan kemampuan menelan setelah intervensi. Pada subjek I sebelum dilakukan intervensi score 81 (resiko aspirasi rendah) mengalami peningkatan score menjadi 86 (resiko aspirasi rendah), Sedangkan pada subjek II sebelum dilakukan intervensi score 82 (resiko aspirasi rendah) mengalami menjadi lebih baik yaitu 91 (resiko aspirasi rendah), hal ini menunjukkan terjadinya peningkatan kemampuan menelan. Maka terdapat efektivitas penerapan shaker exercise dan latihan menelan dengan jelly pada pasien stroke dengan kesulitan menelan. Penelitian ini merekomendasikan perawat dapat menerapkan shaker exercise dan jelly dalam latihan menelan pada pasien stroke dengan kesulitan menelan.

3. Menurut jurnal penelitian dari (Dewi Siyamti et al., 2019) yang berjudul “Pengaruh Akupresur Dan Shaker Exercise Terhadap Kemampuan Menelan Pasien Stroke Akut Dengan Disfagia” Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh akupresur dan shaker exercise terhadap kemampuan menelan pasien stroke akut dengan disfagia. Penelitian ini menggunakan desain eksperimen pretest-posttest dengan kelompok kontrol. Sampel dipilih menggunakan stratified random sampling dengan jumlah 17 responden masing-masing di kelompok kontrol dan intervensi yang disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Pada kelompok intervensi diberikan oral care, pengaturan posisi, akupresur dan shaker exercise selama 5 hari dalam satu minggu, akupresur satu kali sehari dan shaker exercise tiga kali sehari. Pada kelompok kontrol diberikan oral care dan pengaturan posisi tiga kali sehari selama 5 hari. Penilaian kemampuan menelan dilakukan menggunakan Gugging Swallowing Severity Scale (GUSS) sebelum dan setelah intervensi selama dua minggu. Data dianalisa dengan uji Friedman. Hasil penelitian menunjukkan nilai  $p < 0,5$  pada minggu kedua evaluasi. Kemampuan menelan pada kelompok intervensi meningkat 4,69 poin sedangkan pada kelompok kontrol meningkat 2,13 poin. Akupresur dan Shaker exercise pada kelompok intervensi terbukti meningkatkan kemampuan menelan pasien stroke akut dengan disfagia dan peningkatan kemampuan menelan pasien dapat dilihat pada minggu kedua.