

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Penyakit Stroke

1. Definisi

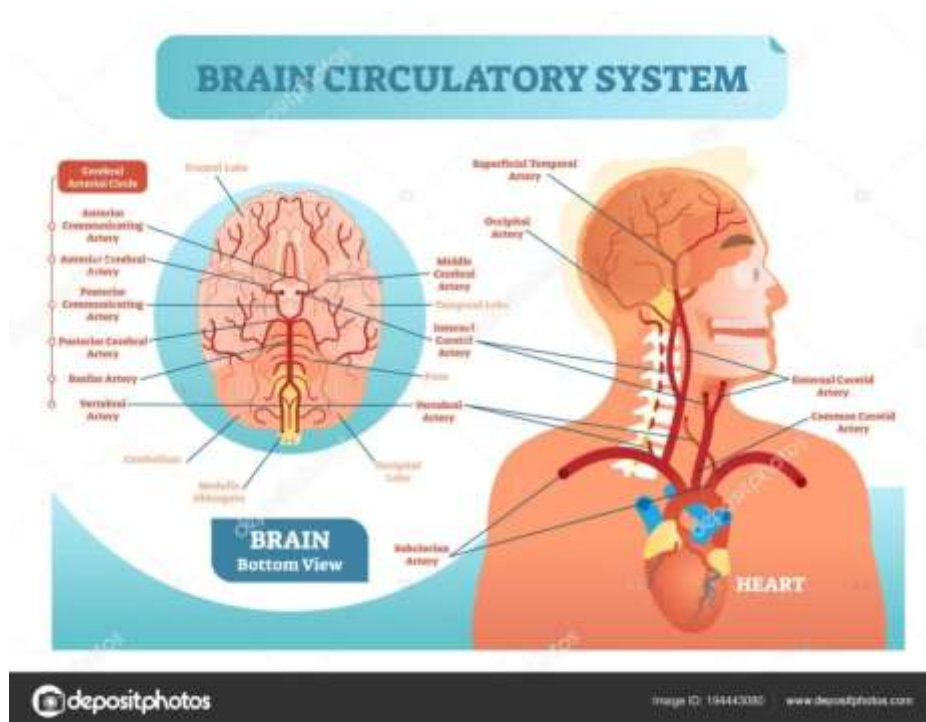
Stroke di bagi menjadi 2 yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik. Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah otak yang disebabkan oleh darah udara yang menyebabkan aliran darah ke otak masuk sebagian atau keseluruhannya terhenti dan stroke hemoragik adalah kondisi darurat medis yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah (Sari, 2021).

Stroke non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nuarif, 2016). Stroke non hemoragik terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi ini disebut juga dengan iskemia, stroke non hemoragik dapat disebabkan oleh trombosis emboli (Maria, 2021).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa stroke Non Hemoragik adalah gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh berkurangnya atau berhentinya suplai oksigen ke otak baik karena embolus maupun thrombus sehingga mengakibatkan kematian jaringan.

2. Pathologi Anatomi

Stroke non hemoragik atau iskemik merupakan penyumbatan yang disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60 sampai 90 detik akan menurun fungsinya.



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Stroke Non Hemoragik
Sumber : (Yudha, 2015)

3. Anatomi Fisiologi

Otak terdiri dari 3 bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu :

a. Otak Besar

Yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensoris (rasa) dan kontrol gerakan halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu, lobus frontalis, lobus parietalis, lobus temporalis dan lobus oksipitalis.

b. Otak Kecil

Terletak di bawah otak besar berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan.

c. Batang Otak

Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari, otak tengah, pons dan medula oblongata.

Saraf otak dibagi menjadi 12 pasang saraf yaitu:

- a. Nervus olfaktorius, saraf pembau yang keluar dari otak di bawah oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.
- b. Nervus optikus, mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak

- c. Nervus okulomotoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris
- d. Nervus troklearis, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital
- e. Nervus trigeminus, bersifat majemuk (sensoris motoris)
- f. Nervus obdusen, sifatnya motoris fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata
- g. Nervus fasialis, serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut
- h. Nervus vestibulokoklearis, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar
- i. Nervus glossofaringeus, mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan rasa ke otak
- j. Nervus vagus, mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan para simpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gastrin testinum minor, kekejar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya saraf perasa.
- k. Nervus asesorius, sebagai saraf tambahan
- l. Nervus hipoglosus, fungsinya sebagai saraf lidah

4. Etiologi

Stroke non hemoragik disebabkan oleh adanya arteri yang tersumbat pada pembuluh darah otak (stroke iskemik) dan dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah keotak yang tidak menyebabkan kerusakan permanen. Stroke iskemik terjadi ketika arteri keotak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemia) (Haryono, Utami, & Sari, 2019).

Penyebab stroke di bagi menjadi 4, yaitu menurut (Dellima D R, 2019):

a. Trombosis serebral

Adalah stroke yang disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena thrombus yang makin lama makin menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar.

b. Emboli serebri

Adalah sumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara.

c. Hipoksia umum

Adalah kondisi dimana kadar oksigen di dalam jaringan tubuh menurun

d. Hipoksia setempat

Adalah sebuah kondisi yang terjadi karena kurangnya oksigen dalam sel dan jaringan tubuh, sehingga mengganggu sistem pernapasan.

5. Patofisiologi

Trombus serebral, Emboli serebri, Hipoksia umum, Hipoksia setempat adanya penyumbatan pembuluh darah keotak oleh thrombus atau bekuan darah berkembang menjadi arteriosklerosis (plak terbentuknya dan mengeras di dinding pembuluh darah), arteri tersumbat dan pasokan darah yang masuk sedikit.

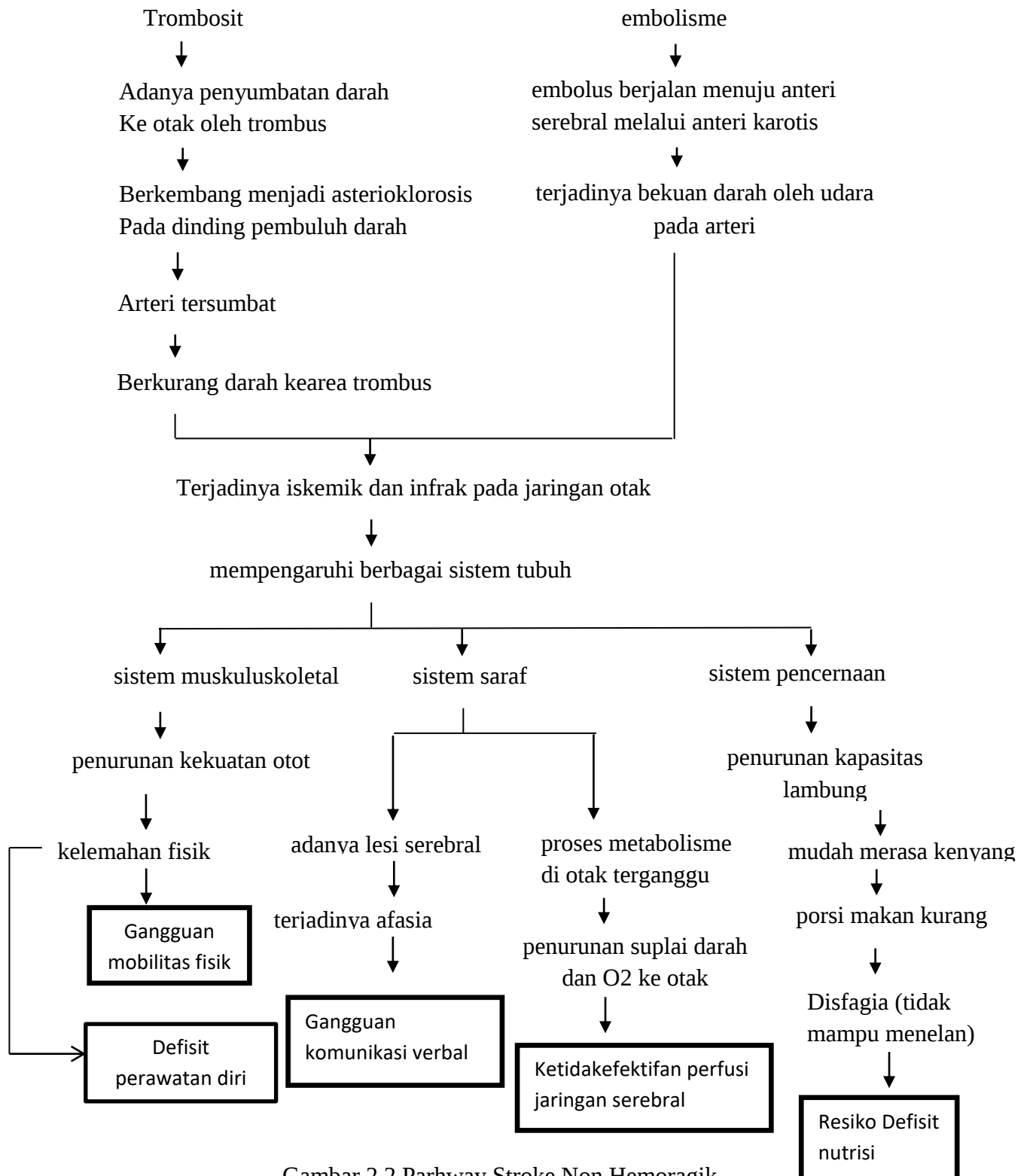
Embolus berjalan ke arteri serebral (pembulu darah keotak), terjadinya bekuan darah oleh udara pada arteri, berdampak terjadinya iskemik (aliran darah berkurang) dan infark (kerusakan jaringan akibat penyumbatan atau berkurangnya pasokan darah ke jaringan tersebut) dari dampak tersebut dapat mempengaruhi berbagai sistem tubuh di antaranya. Sistem muskuloskeletal terjadi penurunan kekuatan otot mengakibatkan kelemahan fisik, sehingga muncul masalah keperawatan “gangguan mobilitas fisik”. Kelemahan fisik juga muncul masalah keperawatan “defisit perawatan diri (mandi, makan, berpakaian, toilet).

Selanjutnya sistem saraf akibat adanya lesi serebral (area jaringan otot yang rusak) sehingga terganggunya saraf fasial (gangguan berbahasa), menimbulkan masalah keperawatan “gangguan komunikasi verbal”. Terganggunya sistem saraf dapat mengganggu proses metabolisme di otak, suplai darah dan O₂ ke otak berkurang sehingga menimbulkan masalah keperawatan “ketidakefektifan perfusi jaringan serebral”

Sistem pencernaan dari sistem fasial yang terganggu, menyebabkan kemampuan lidah dalam menelan menurun, makanan yang

masuk ke lambung tidak optimal. Nutrisi yang di serap oleh usus tidak optimal sehingga menyebabkan berat badan menurun dan menimbulkan masalah keperawatan ‘’resiko defisit nutrisi’’.

6. PATHWAY



Gambar 2.2 Parhway Stroke Non Hemoragik
Sumber : (Sari:2022)

7. Manifestasi klinis

Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilangnya rasa peka, bicara pelo, kesulitan menelan, mual, muntah, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, bisa terjadi kejang, ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air, gangguan mental, gemetar pada tangan (tremor), kepala berputar (vertigo), gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, sulit melakukan aktivitas secara mandiri dan kesadaran baik (Huda, 2016).

8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Radaningtyas, 2018)

a. Angiografi serebral

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

b. Elektroencefalography

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

c. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral.

d. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arterio vena masalah system arteri karotis / aliran darah / muncul plaque / arterosklerosis.

e. CT-Scan dan MRI

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark. Dan pada pemeriksaan MRI menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnois / perdarahan intrakranial.

f. Pemeriksaan foto thorax

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

g. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah rutin dan pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke non hemoragik menurut Yulidrim, 2018
anatara lain:

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Trombolitik (streptokinase) obat golongan fibrinolitik atau trombolitik. Obat ini bekerja dengan cara mengaktifkan plasminogen untuk membantu plasmin yang akan memecahkan fibrin pada gumpalan darah.
- 2) Antikoagulan (heparin) jenis obat anti koagulan atau pengencer darah yang menghambat aktivitas beberapa protein yang terlibat dalam proses pembekuan darah.
- 3) Hemorragik (pentoxifylin) farmakodinamik pentoksifilin atau pentoxifyline adalah obat untuk menurunkan kekentalan darah dan memperbaiki rheology darah.
- 4) Antagonis serotonin (nifedipine) obat untuk mengatasi gangguan aliran darah yang menyebabkan kurangnya pasokan oksigen pada tubuh.
- 5) Antagonis kalsium (nifedipine, piracetam) piracetam bermanfaat untuk mengobati berbagai kondisi otak, seperti gangguan kognitif, seperti demensia atau penyakit Alzheimer.

b. Penatalaksanaan keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pasien stroke non hemoragik (SNH) meliputi:

Memonitor tingkat nyeri dan memberikan terapi murrotal untuk mengatasi nyeri akut Memberikan tindakan ROM untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik.

Penanganan medis untuk stroke non hemoragik meliputi:

Jika serangan stroke belum mencapai tiga jam, dokter akan memberikan obat tissue plasminogen activator (TPA) melalui selang infus. TPA dapat melarutkan gumpalan penyebab stroke. Memberikan obat pengencer darah seperti aspirin untuk memecah bekuan darah lainnya terbentuk.

Stroke non hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak tersumbat sehingga aliran darah ke otak terganggu. Stroke non hemoragik dibagi menjadi dua jenis, yaitu stroke trombotik dan embolik.

- 1) Bedrest total dengan posisi kepala heand up 15-300
- 2) Berikan terapi oksigen 2-3 L/ menit dengan nasal kanul
- 3) Pasang invus IV sesuai kebutuhan
- 4) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul
- 5) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi

10. Komplikasi

Menurut Taufan (2018) komplikasi stroke non hemoragik sebagai berikut:

- a. Hipoksia serebral
- b. Penurunan aliran darah
- c. Embolisme serebral
- d. Infeksi saluran kemih (ISK inkontinensia)
- e. Kontraktur
- f. Abrasikornea
- g. Decubitus, encephalitis
- h. Congestive Heart Failure (CHF)
- i. Distrimia, hidrocephalus, vasopasme

B. Konsep Masalah Keperawatan.

Berikut ini adalah uraian masalah yang timbul bagi klien stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik adalah sebagai berikut:

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Faktor risiko : Embolisme, hipertensi, kondisi klinis terkait : stroke.

2. Gangguan Mobilitas Fisik

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

Penyebab : Ketidakbugaran fisik, penurunan kekuatan otot, gangguan neuromuskular, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, gangguan kognitif, gangguan sensori persepsi.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Sulit menggerakkan ekstermitas

Objektif : Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan,
merasa cemas saat melakukan pergerakan

Objektif : Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan
terbatas, fisik lemah.

Kondisi Klinis : Stroke

Terkait

3. Gangguan Komunikasi Verbal

Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketidakadaan kemampuan
untuk menerima, memproses, mengirim / menggunakan
sistem simbol.

Penyebab : Penurunan sirkulasi serebral, gangguan neumuskular,
gangguan pendengaran

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif : Tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan
respon yang tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif : Afaksia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislasia,
pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami
komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit

menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi (orang, ruangan, waktu), defisit pengelihatan dan sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Kondisi : Stroke

4. Defisit Perawatan Diri

Penyebab : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab : Gangguan muskuloskeletal, kelemahan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Menolak melakukan perawatan diri

Objektif : Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ tidak mampu berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Tidak tersedia

5. Resiko Defisit Nutrisi

Penyebab : Ketidakmampuan menelan makanan

Penyebab : Ketidakmampuan mencerna makanan

Gejala dan tanda mayor

Subjetif : Cepat kenyang setelah makan , kram atau nyeri adomen, nafsu makan menuru.

Objektif : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin menurun,ramut rontok, diare.

Kondisi : Stroke

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data Perpola

1) Pola Persepsi Kesehatan

Biasanya ada riwayat merokok, penggunaan alkohol, serta penggunaan obat kontrasepsi oral .

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah pada saat fase akut. Apakah sering mengonsumsi masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati, limpa, usus dan bagaimana nafsu makannya. Apakah ada ketergantungan mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol.

3) Pola Eliminasi

Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urin sementara.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelamahan, kehilangan sensorik atau paralise/ hemiplegia, kesukaran untuk beristirahat karena kejang/ nyeri otot.

5) Pola Sensori dan Kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan pengelihatn atau kekaburan pandangan perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses pikir.

6) Pola Tidur dan Istirahat

Biasanya klien mengalami gangguan pola tidur, mengeluh tidur tidak nyenyak.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien tidak merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan kooperatif.

8) Pola Hubungan dan Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

9) Pola Reproduksi Seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi.

10) Pola Penanggulangan Stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dalam kesulitan berkomunikasi.

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pola tata nilai dan kepercayaan klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan dan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

2. Tabulasi Data

Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilangnya rasa peka, bicara pelo, kesulitan menelan, mual, muntah, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, bisa terjadi kejang, ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air, gangguan mental, gemetar pada tangan (tremor), kepala berputar (vertigo), gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, sulit melakukan aktivitas secara mandiri dan kesadaran baik.

3. Klasifikasi Data

- Data subjektif : Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, bisa terjadi kejang, ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air, vertigo.
- Data objektif : Bicara pelo, hilangnya rasa peka, gangguan daya ingat, kejang, gangguan mental, tremor, gangguan pendengaran, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, kesulitan menelan, mual, muntah, sulit melakukan aktivitas, gangguan penglihatan, kesadaran baik.

4. Analisa Data

Tabel 2.1
Analisa Data

No	Sign /Symptom	Etiologi	Problem
1	Data subjektif : mengeluh sakit kepala, dan pusing Data objektif : penurunan kesadaran dan gelisah	Embolisme	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2	Data subjektif : Kelemahan anggota gerak sebelah badan Data objektif : penurunan kesadaran dan gelisah	Gangguan neuromuscular	Gangguan mobilitas fisik
3	Data subjektif :- Data objektif : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi	Gangguan neuromuskular	Gangguan komunikasi verbal
4	Data subjektif : Lemah Data objektif : kelemahan, tidak mampu beraktivitas secara mandiri	Gangguan neuromuskular	Defisit perawatan diri
5	Data subjektif : - Data objektif : Berat badan menurun	ketidakmampuan menelan makanan	Resiko Defisit Nutrisi

D. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung actual kalaupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017):

- a. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme yang di tandai dengan:

DS : Mengeluh sakit kepala dan pusing

DO : Penurunan kesadaran, gelisah

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular yang ditandai dengan:

DS : kelemahan anggota gerak sebelah badan

DO : Kelumpuhan anggota gerak sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral yang ditandai dengan:

DS : -

DO : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular yang ditandai dengan :

DS : Lemah

DO : kelemahan, tidak mampu beraktivitas secara mandiri.

- e. Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan berat badan menurun yang ditandai dengan:

Data subjektif : -

Data objektif : Berat badan menurun

E. Intervensi Keperawatan

1. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme.

Tujuan

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama .. x .. jam diharapkan masalah resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif kembali normal dengan kriteria hasil:

- 1) Dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif dan motoric atau sensori membaik.
- 2) Menunjukkan tanda – tanda vital yang stabil.
- 3) Tidak kekambuhan defisit (sensori, bahasa, intelektual, dan emosi)

Rencana tindakan

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

a. Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK

Rasional : Mengetahui keadaan umum pasien dan untuk menentukan tindakan selanjutnya.

- 2) Monitor tekanan darah

Rasional : Mengetahui tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas

- 3) Monitor tingkat kesadaran

Rasional : Mengkaji adanya kecenderungan pada tingkat kesadaran

b. Terapeutik

1) Berikan posisi semi fowler

Rasional : Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan

2) Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional : Memantau perubahan suhu tubuh pasien

c. Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian terapi obat

Rasional : Untuk mencegah terjadinya kejang

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Tujuan

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ..x .. jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak (ROM)meningkat
- 2) Klien tidak mengeluh nyeri
- 3) Cemas klien menurun
- 4) Tidak adanya kaku sendi

Rencana Tindakan

Dukungan mobilisasi

a. Observasi

1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional : Untuk mengetahui apakah klien ada keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya

2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Rasional : Memantau agar tidak terjadi kelelahan yang berlebihan pada klien

3) Monitor kondisi umum selama mobilisasi

Rasional : Mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

1) Fasilitasi melakukan pergerakan ROM (*Range of motion*)

Rasional : Memudahkan klien dalam melakukan pergerakan atau mobilisasi miring kiri dan miring kanan.

2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional : Keluarga dapat berperan penting dalam proses penyembuhan pasien

3) Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu

Rasional : Membantu dalam peningkatkan aktivitas dengan menggunakan alat bantu

Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional : Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya

2) Anjurkan melakukan mobilisasi

Rasional : Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Tujuan

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama .. x .. jam diharapkan masalah gangguan komunikasi verbal dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kemampuan bicara meningkat
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah /tubuh meningkat
- 3) Pelo menurun
- 4) Gagap menurun
- 5) Pemahaman komunikasi membaik

Rencana Tindakan

Promosi komunikasi defisit bicara :

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diskibicara

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan pasien

2) Ulangi apa yang di sampaikan pasien

Rasional : Untuk dapat memastikan ucapan yang disampaikan pasien

3) Gunakan metode komunikasi alternatif

Rasional : Agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .. x .. jam diharapkan masalah defisit perawatan diri dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan makan meningkat

Rencana Tindakan

Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri

Observasi

- 1) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan

Rasional : Mengetahui jenis bantuan yang dibutuhkan pasien

- 2) Monitor kebersihan tubuh

Rasional : Mengobservasi kebersihan tubuh pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan

3) Monitor integritas kulit

Rasional : Untuk menurunkan iritasi pada kulit dan resiko kerusakan kulit

Terapeutik

1) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman

Rasional : Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien

2) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri

Rasional : Menciptakan memori kebersihan diri pada pasien

Edukasi

1) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan

Rasional : Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien

2) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

Rasional : Membimbing keluarga dan pasien agar keterampilan dapat diterapkan

4. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan :

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan .. x .. jam diharapkan masalah keperawatan resiko defisit nutrisi meningkat atau membaik dengan kriteria hasil :

1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat

2. Kekuatan otot mengunyah meningkat

3. Kekuatan otot menelan meningkat

Rencana tindakan

Mendefinisi dan mengelolah asupan nutrisi yang seimbang

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Monitor asupan makanan
- 5) Monitor berat badan

Terapeutik

- 1) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.

Rasional : makanan tinggi serat dapat memperlancar pencernaan

- 2) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : makanan tinggi kalori dan protein dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif

Edukasi

- 1) Anjurkan porsi duduk jika perlu

Rasional : Mencegah terjadinya refluks atau berbaliknya makanan dari lambung kekerongkongan

- 2) Anjurkan diet yan diprogramkan

Rasional : Diet yang seimbang dapat memperbaiki kebutuhan tubuh

F. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus kepada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana Tindakan dilakukan dan diselesaikan sebagai mana digambarkan dalam rencana yang sudah dibuat

G. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan Langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan Tindakan keperawatan dalam kriteria hasil.