

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep stroke

2.1.1. Pengertian

CVA (Cerebro Vascular Accident) merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak yang dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja dengan gejala-gejala berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan lain hingga menyebabkan kematian (Muttaqin, 2008:234).

Stroke adalah defisit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskular. Stroke terjadi saat terdapat gangguan aliran darah ke bagian otak. Aliran darah terganggu karena sumbatan pembuluh darah, karena thrombus dan embolus, atau ruptur pembuluh darah. Gambaran klinis yang terlihat bergantung pada lokasi kejadian dan area otak yang diperfusi oleh pembuluh darah tersebut.

(Patricia Gonce Morton, 2011:1026).

2.1.2. Etiologi

(Patricia Gonce Morton, 2011:1027).

Sekitar tiga perempat stroke disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah (thrombus atau embolus), yang menyebabkan iskemia dan infark, sekitar seperempat stoke adalah hemoragik, yang disebabkan oleh penyakit

vascular hipertensi (yang menyebabkan perdarahan intraserebral). ruptur aneurisme, atau malformasi arteriovenosa.

Ada beberapa penyebab CVA infark (Muttaqin, 2008: 235)

1). Trombosis serebri

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah. Trombosis serebri ini disebabkan karena adanya:

- (1) Aterosklerosis: mengerasnya/berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah
- (2) Hiperkoagulasi: darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah cerebral
- (3) Arteritis: radang pada arteri

2). Emboli

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli:

- (1) Penyakit jantung reumatik
- (2) Infark miokardium

(3) Fibrilasi dan keadaan aritmia : dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri

(4) Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endokardium

2.1.3. Manifestasi Klinik

Menurut Hudak dan Gallo dalam buku keperawatn Kritis (2012: 258-260), yaitu:

1. Lobus Frontal

- 1) Defisit Kognitif : kehilangan memori, rentang perhatian singkat, peningkatan distraktibilitas (mudah buyar), penilaian buruk, tidak mampu menghitung, memberi alasan atau berpikir abstrak.
- 2) Defisit Motorik : hemiparese, hemiplegia, distria (kerusakan otot-otot bicara), disfagia (kerusakan otot-otot menelan).
- 3) Defisit aktivitas mental dan psikologi antara lain : labilitas emosional, kehilangan kontrol diri dan hambatan soaial, penurunan toleransi terhadap stres, ketakutan, permusuhan frustasi, marah, kekacuan mental dan keputusasaan, menarik diri, isolasi, depresi.

2. Lobus Parietal

1) Dominan :

(1) Defisit sensori antara lain defisit visual (jaras visual terpotong sebagian besar pada hemisfer serebri), hilangnya respon terhadap sensasi superfisial (sentuhan, nyeri, tekanan, panas dan dingin), hilangnya respon terhadap proprio resepsi (pengetahuan tentang posisi bagian tubuh).

(2) Defisit bahasa/komunikasi

- a. Afasia ekspresif (kesulitan dalam mengubah suara menjadi pola-pola bicara yang dapat dipahami)
- b. Afasia reseptif (kerusakan kelengkapan kata yang diucapkan)
- c. Afasia global (tidak mampu berkomunikasi pada setiap tingkat)
- d. Aleksia (ketidakmampuan untuk mengerti kata yang dituliskan)
- e. Agrafasia (ketidakmampuan untuk mengekspresikan ide-ide dalam tulisan).

2) Non Dominan

Defisit perseptual (gangguan dalam merasakan dengan tepat dan menginterpretasi diri/lingkungan) antara lain:

- (1) Gangguan skem/maksud tubuh (amnesia atau menyangkal terhadap ekstremitas yang mengalami paralise)
 - (2) Disorientasi (waktu, tempat dan orang)
 - (3) Apraksia (kehilangan kemampuan untuk menggunakan obyek-obyek dengan tepat)
 - (4) Agnosia (ketidakmampuan untuk mengidentifikasi lingkungan melalui indra)
 - (5) Kelainan dalam menemukan letak obyek dalam ruangan
 - (6) Kerusakan memori untuk mengingat letak spasial obyek atau tempat
 - (7) Disorientasi kanan kiri
- 3) Lobus Occipital: deficit lapang penglihatan penurunan ketajaman penglihatan, diplobia (penglihatan ganda), buta.

- 4) Lobus Temporal : defisit pendengaran, gangguan keseimbangan tubuh.

2.1.4. Patofisiologi

CVA Infark terjadi karena berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan dan spasme vascular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, thrombus dapat berasal dari plak arterosklerosis, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi.

(Muttaqin. 2008:241-242).

2.1.5. Komplikasi

Ada beberapa komplikasi CVA infark (Muttaqin, 2008: 253)

1. Dalam hal imobilisasi:
 - 1) Infeksi pernafasan (Pneumoni),
 - 2) Nyeri tekan pada dekubitus.
 - 3) Konstipasi
2. Dalam hal paralisis:
 - 1) Nyeri pada punggung,
 - 2) Dislokasi sendi, deformitas
3. Dalam hal kerusakan otak:

- 1) Epilepsy
- 2) Sakit kepala
4. Hipoksia serebral
5. Herniasi otak
6. Kontraktur

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

1. CT Scan

Memperlihatkan adanya adema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

2. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.

3. Pungsi lumbal

- a. Menunjukkan adanya tekanan normal.
- b. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan.

4. MRI

Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik.

5. EEG

Memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

6. Ultrasonografi dopler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena.

7. Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal.

(Muttaqin, 2008 : 254).

2.1.7. Penatalaksanaan klinis

Penatalaksanaan klinis stroke iskemik memiliki empat tujuan utama: perbaikan aliran darah serebral (perfusi), pencegahan thrombosis berulang, perlindungan saraf, dan perawatan suportif.

Pelaksanaan masing-masing unsur penatalaksanaan klinis perlu dilakukan dengan cara yang tepat. Optimalnya, pasien pada awalnya di evaluasi di pusat kesehatan yang mempunyai program stroke. Keputusan di unit gawat darurat menentukan rencana pengobatan pasien, unit gawat darurat dapat mempunyai alur kedaruratan, alur kritis, atau protocol yang telah disusun oleh tim multidisiplin guna memandu asuhan.

1. Penatalaksanaan farmakologis

Terapi sekunder untuk stroke mencakup antikoagulasi dengan agent antitrombotik dan antitrombosit. Jika pasien mengalami fibrilasi atrial, antikoagulasi dengan warfarin (coumadin), Obat antitrombosit mencakup depiridamol-ER, tiklopidin, klopidoogrel, dan aspirin.

2. Pengendalian hipertensi dan peningkatan intra kranial

Pasien yang menderita hipertensi sedang biasanya tidak diobati secara akut. Jika tekanan darah mereka turun setelah otak menjadi terbiasa dengan hipertensi yang dibutuhkan agar perfusi adekuat. Tekanan perfusi otak akan turun sejalan dengan tekanan darah. Jika tekanan darah sistolik di atas 105mm Hg, mungkin perlu diturunkan secara bertahap. Hal ini dapat dilakukan secara efektif dengan antihipertensi (labetatol).

peningkatan TIK yang biasa dapat dilakukan , hiperventilasi, pembatasan cairan, elevasi kepala, menghindari fleksi leher atau rotasi

kepala berlebihan yang dapat menghambat aliran vena dari kepala dan pemakaian diuretik osmotik (manitol) untuk mengurangi edema serebral.

3. Penatalaksanaan Bedah

Pada pasien yang mengalami stenosis karotis, endarterektomi karotis dapat dilakukan untuk mencegah stroke. Endarterektomi karotis adalah prosedur bedah untuk mengangkat plak arteriosklerotik yang telah menumpuk dibagian dalam arteri karotis. Saat plak di angkat aliran darah kembali pulih.

4. Penatalaksanaan keperawatan

Untuk mengobati keadaan akut dapat diperhatikan faktor kritis sebagai berikut:

- 1) Berusaha menstabilkan tanda-tanda vital.
- 2) Memperbaiki saluran nafas yang paten dengan cara melakukan pengisapan lender , Oksigenasi, Lakukan trakeostomi jika perlu.
- 3) Mengontrol tekanan darah berdasarkan kondisi pasien termasuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.
- 4) Berusaha menentukan dan memperbaiki aritmia jantung.
- 5) Merawat kandung kemih, sebisa mungkin tidak menggunakan kateter.
- 6) Menempatkan pasien dalam posisi yang nyaman, merubah posisi setiap setiap 2 jam dengan miring kanan dan miring kiri serta latihan gerak pasif.

(Patricia Gonce Morton, 2011: 1030-1034)

2.2. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEPERAWATAN

Proses keperawatan menyediakan struktur untuk praktik keperawatan merupakan kerangka kerja penggunaan pengetahuan dan keterampilan yang dilakukan oleh perawat untuk mengekspresikan *human caring*. Proses keperawatan digunakan secara terus menerus ketika merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan. Perawat menganggap pasien sebagai fokus sentral dalam rencana asuhan dan memastikan ketepatan dari semua aspek asuhan keperawatan dengan mengobservasi respon pasien. (Judith M. Wilkinson. 2013).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang menghasilkan diagnosis keperawatan. Perawat menggunakan definisi dan batasan karakteristik diagnosis keperawatan untuk memvalidasi diagnosis. Pada saat diagnosis keperawatan dan faktor yang berhubungan atau faktor risiko ditentukan, Rencana asuhan dibuat. Perawat menyeleksi hasil pada pasien yang relevan, meliputi persepsi pasien dan hasil yang diharapkan, bila memungkinkan perawat kemudian bekerja sama dengan pasien untuk menentukan aktivitas yang membantu dalam mencapai hasil yang telah ditetapkan. (Judith M. Wilkinson. 2013).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi di lapangan. Kondisi ini dapat berupa masalah masalah actual atau potensial atau diagnosis

sejahtera. Menggunakan terminologi NANDA Internasional, potensi masalah dinyatakan sebagai resiko. (Judith M. Wilkinson. 2013).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Masing masing rencana asuhan meliputi pernyataan diagnosis keperawatan, definisi, batasan karakteristi, factor yang berhubungan atau factor resiko, saran penggunaan, alternative diagnosis yang disarankan, hasil NOC, tujuan klien, intervensi NIC, dan aktivitas keperawatan. Rencana asuhan diagnosis keperawatan disusun sesuai abjad supaya pernyataan diagnosis mudah ditemukan. Diagnosis disusun perkata dengan tujuan menekankan konsep kunci dari kata pertama dalam pernyataan diagnosis. Sebagai contoh *,penyangkalan tidak efektif* lebih mudah ditemukan dalam indeks bila ditulis sebagai *penyangkalan tidak efektif*.

(Judith M. Wilkinson. 2013)

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik, tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan . oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi factor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan klien. (Nursalam 2008)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan

perawat untuk memonitor “ kealpaan “ yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan, dan implementasi intervensi.

(Nursalam 2008)

2.3 PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN

2.3.1. PENGKAJIAN

Pengumpulan data klien baik subyektif ataupun obyektif meliputi anamnesis penyakit, pengkajian psikososial, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostic (Arif Muttaqin, 2008).

1. Identitas

Meliputi nama, Usia, jenis kelamin, Suku Bangsa, Pekerjaan, Pendidikan, Alamat, Tanggal MRS, tanggal pengkajian, Ruang, Diagnosa Medis, Penanggung jawab, No.RM.

2. Keluhan utama

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan kesadaran pasien.

3. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan / Penyakit Sekarang

Stroke infark mendadak saat istirahat atau bangun pagi

2) Riwayat kesehatan atau Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung (terutama aritmia), penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obesitas. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penyalahgunaan obat (kokain).

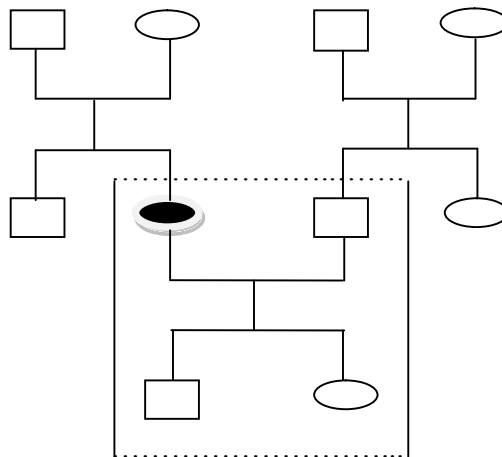
3) Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke pada generasi terdahulu.

4) Riwayat Psikososial

Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien kesulitan untuk berkomunikasi akibat sulit berbicara. Rasa cemas dan takut akan terjadinya kecacatan serta gangguan citra diri

GENOGRAM



Ket : □ = Laki-laki

○ = Perempuan

● = Pasien

.... = Tinggal 1 rumah

1) PEMERIKSAAN FISIK

B1 : BREATHING

Pada pasien stroke biasanya didapatkan masalah pada system pernafasan seperti Batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi akibat peningkatan produksi sekret dan penurunan kemampuan untuk batuk akibat penurunan kesadaran klien. Pada klien yang sadar baik sering kali tidak didapati kelainan pada pemeriksaan sistem respirasi.

B2 : BLOOD

Pada pasien stroke biasanya didapatkan masalah system cardiovascular seperti dapat terjadi hipotensi atau hipertensi, denyut jantung irreguler, adanya murmur.

B3 : BRAIN

Pada pasien stroke biasanya didapatkan masalah pada system persyarafan seperti:

1. Tingkat kesadaran: bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran klien
2. Refleks Patologis
Refleks babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak/ perdarahan intraserebri dan untuk membedakan jenis stroke yang ada apakah *bleeding* atau infark
3. Pemeriksaan saraf kranial
 - 1) Saraf I:

Biasanya pada klien dengan stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

2) Saraf II:

Disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visula-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

3) Saraf III, IV dan VI

Apabila akibat stroke mengakibatkan paralisis seisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit

4) Saraf VII

persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

5) Saraf XII

Lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi.
Indera pengecapan normal.

B4 : BOWEL

Pada pasien stroke biasanya didapatkan masalah pada system perkemihan seperti inkontinensia urine, perubahan jumlah urine, konsistensi urine.

B5 : GASTROINTESTINAL

Pada pasien stroke biasanya didapatkan masalah pada system gastrointestinal seperti, Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mungkin mengalami inkontinensia alvi atau terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

Adanya gangguan pada saraf V yaitu pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan seisi otot-otot pterigoideus dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

B6 : MUSKULOSKELETAL

Pada pasien stroke biasanya didapatkan masalah pada system muskuloskeletal seperti, Kehilangan kontrol volenter gerakan motorik. Terdapat hemiplegia atau hemiparesis atau hemiparese ekstremitas. Kaji adanya dekubitus akibat immobilisasi fisik.

2) PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Angiografi serebral: Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik, seperti perdrahan, atau obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau rupture.

CT-scan: memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark

Lumbal Pungsi: Menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya adda thrombosis, emboli serebral, dan TIA. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik subarachnoid atau perdarahan intakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan adanya proses inflamasi.

MRI: Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena(MAV)

Ultrasonografo Doppler: mengidentifikasi penyakit arteriovena(masalah system arteri karotis), aliran darah muncul plak(arteriosklerotik)

EEG: Mengidentifikasi masalah di dasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

Sinar X tengkorak: Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari massa yang meluas; klasifikasi karotis interna pada thrombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarachnoid.

2.3.2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Menurut North American Nursing Diagnostic Association (NANDA).
Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau kelompok komunitas terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun potensial.

Yang dimaksud masalah potensial adalah yang ditemukan pada saat pengkajian sedangkan masalah aktual adalah masalah yang mungkin timbul kemudian (NANDA nic noc, 2012).

1. Intoleransi Aktivitas b/d Defisit Neuromuskular
2. Bersihan jalan Nafas Inefektif b/d penurunan reflek batuk dan muntah
3. Hambatan komunikasi verbal b/d afasia, disartria, ketidakmampuan untuk bicara
4. Resiko kerusakan integritas kulit b/d hambatan mobilitas dan status nutrisi yang buruk
5. Inkontinensia urine b/d Kehilangan tonus kandung kemih atau pengendalian sfingter
6. Gangguan perfusi jaringan serebral b/d peningkatan tekanan intracranial.

2.3.3. INTERVENSI

Diagnosa 1

NOC

Intoleransi Aktivitas b/d Defisit Neuromuskular

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktifitas minimal/maksimal.

2) Kriteria Evaluasi

- (1) Menoleransi aktivitas yang biasa dilakukan, yang dibuktikan oleh toleransi aktivitas, ketahanan, penghematan energi, kebugaran fisik, energy psikomotorik, dan perawatan diri serta aktivitas sehari.
- (2) Menunjukkan toleransi aktivitas, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut(sebutkan 1-5: gangguan ekstrimitas, berat, sedang, ringan, atau tidak mengalami gangguan):
 - a. Saturasi oksigen saat beraktivitas
 - b. Frekuensi pernafasan saat beraktivitas
 - c. Kemampuan berbicara saat beraktivitas fisik
- (3) Mendemonstrasikan penghematan energy, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering atau selalu ditampilkan):
 - a. Menyadari keterbatasan energi
 - b. Menyeimbangkan aktivitas dan istirahat
 - c. Mengatur jadwal aktivitas untuk menghemat energi

NIC

1. Kaji tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi, dan melakukan aktivitas sehari-hari
2. Kaji respon emosi, sosial, spiritual, terhadap aktivitas
3. Evaluasi motivasi dan keinginan pasien untuk meningkatkan aktivitas
4. Observasi tanda-tanda vital
5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan pada gangguan sistem persyarafan.
6. Kolaborasi dengan tim gizi untuk perencanaan diet guna meningkatkan makanan yang kaya energi
7. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi

Diagnosa 2

NOC

Bersihan jalan Nafas Inefektif b/d penurunan reflek batuk dan muntah

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam bersihan jalan nafas efektif

2) Kriteria Hasil

- a. Menunjukkan nafas optimal pada saat terpasang ventilator mekanis
- b. Mempunyai kecepatan dan irama pernafasan dalam batas normal
- c. Mempunyai fungsi paru dalam batas normal untuk pasien
- d. Meminta bantuan pernafasan saat dibutuhkan
- e. Mampu menggambarkan rencana untuk perawatan dirumah

- f. Mengidentifikasi faktor (mis. alergen) yang memicu ketidak efektifan pola nafas, dan tindakan yang dapat dilakukan untuk menghindarinya.

NIC

1. Pantau adanya pucat dan sianosis.
2. Pantau efek obat pada status pernafasan.
3. Tentukan lokasi dan luasnya krepitasi di sangkar iga.
4. Observasi dan dokumentasikan ekspansi dada bilateral pada pasien yang terpasang ventilator.
5. Lakukan HE kepada keluarga.
6. Laporkan jika ada perubahan pada pernafasan, nilai GDA dan sebagainya.
7. Berikan obat bronchodilator sesuai program dokter.
8. Berikan terapi nebulizer ultrasonic dan udara atau oksigen yang dilembabkan sesuai program.
9. Berikan obat nyeri untuk mengoptimalkan pola pernafasan.

Diagnosa 3

NOC

Hambatan komunikasi verbal b/d afasia, disartaria, ketidakmampuan untuk bicara

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien mampu berkomunikasi secara minimal/maksimal.

2) Kriteria Hasil

- a. Menggunakan bahasa tertulis, lisan, atau non verbal.
- b. Menggunakan bahasa isyarat
- c. Menggunakan gambar dan foto
- d. Pengenalan terhadap pesan yang diterima
- e. Bertukar pesan secara akurat dengan orang lain

NIC

1. Kaji dan dokumentasikan bahasa utama, kemampuan untuk berbicara, mendengar, menulis, membaca dan memahami.
2. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan
3. Libatkan pasien dan keluarga dalam mengembangkan rencana komunikasi
4. Jelaskan kepada keluarga mengapa pasien tidak bisa bicara
5. Konsultasikan dengan dokter tentang kebutuhan terapi wicara

Diagnosa 4

NOC

Resiko kerusakan integritas kulit b/d hambatan mobilitas dan status nutrisi yang buruk.

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi kerusakan integritas kulit

2) Kriteria Hasil

- a. Menunjukkan integritas jaringan yang utuh

- b. Tekstur dan ketebalan jaringan
- c. Tidak ada tanda dan gejala infeksi
- d. Tidak ada lesi
- e. Tidak terjadi nekrosis

NIC

1. Ajarkan keluarga pasien untuk miring kanan miring kiri
2. Bantu pasien miring kanan miring kiri
3. Observasi kondisi jaringan kulit pasien
4. Lakukan HE kepada keluarga pasien tentang pentingnya miring kanan miring kiri
5. Kolaborasikan dengan dokter jika terjadi kerusakan jaringan

Diagnosa 5

NOC

Inkontinensia urine b/d Kehilangan tonus kandung kemih atau pengendalian sfingter.

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tidak terjadi inkontinensia urine

2) Kriteria Hasil

- a. Mengosongkan kandung kemih secara tuntas
- b. Mengonsumsi cairan yang adekuat
- c. Urine residu pasca berkemih lebih dari 100-200 ml
- d. Tidak terjadi infeksi saluran kemih

NIC

1. Pantau intake dan output
2. Lakukan pengkajian perkemihan komprehensif berfokus pada inkontinensia
3. Observasi kondisi urine
4. Pantau tingkat distensi kandung kemih melalui palpasi dan perkusi
5. Lakukan kateterisasi untuk urine residu

Diagnosa 6

NOC

Gangguan perfusi jaringan serebral b/d peningkatan tekanan intrakranial

1) Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan perfusi jaringan serebral

2) Kriteria Hasil

- a. Tekanan perfusi jaringan serebral akan mencapai lebih dari 70mm Hg(pada orang dewasa), dengan kurang dari lima episode abnormal dalam 24 jam
- b. Tekanan intrakranial stabil pada empat episode atau kurang bentuk gelombang tidak normal dalam 24 jam

NIC

1. Pantau peningkatan tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral secara kontinu
2. Pantau status neurologis pada interval yang teratur

3. Perhatikan kejadian yang merangsang terjadinya perubahan bentuk gelombang TIK
4. Tentukan data dasar tanda vital dan irama jantung, dan pantau adanya perubahan selama dan setelah aktivitas
5. Lakukan HE kepada keluarga tentang pentingnya pemantauan TIK
6. Kolaborasikan untuk menurunkan TIK seperti ventrikulostomi untuk drain cairan serebrospinal
7. Pantau tekanan perfusi serebral dan TIK

2.3.4. IMPLEMENTASI

Diagnosa 1

- 1) Mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi, dan melakukan aktivitas sehari-hari
- 1) Mengkaji respon emosi, sosial, spiritual, terhadap aktivitas
- 2) Mengevaluasi motivasi dan keinginan pasien untuk meningkatkan aktivitas
- 3) Mengobservasi tanda-tanda vital
- 4) Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat-obatan pada gangguan sistem persyarafan.
- 5) Mengkolaborasikan dengan tim gizi untuk perencanaan diet guna meningkatkan makanan yang kaya energi
- 6) Mengkolaborasikan dengan ahli fisioterapi

Diagnosa 2

- 1) Memantau adanya pucat dan sianosis.
- 2) Memantau efek obat pada status pernafasan.
- 3) Menentukan lokasi dan luasnya krepitasi di sangkar iga.
- 4) Mengobservasi dan dokumentasikan ekspansi dada bilateral pada pasien yang terpasang ventilator.
- 5) Melakukan HE kepada keluarga.
- 6) Melaporkan jika ada perubahan pada pernafasan, nilai GDA dan sebagainya.

- 7) Memberikan obat bronchodilator sesuai program dokter.
- 8) Memberikan terapi nebulizer ultrasonic dan udara atau oksigen yang dilembabkan sesuai program.
- 9) Memberikan obat nyeri untuk mengoptimalkan pola pernafasan.

Diagnosa 3

- 1) mengkaji dan dokumentasikan bahasa utama, kemampuan untuk berbicara, mendengar, menulis, membaca dan memahami.
- 2) Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan
- 3) Melibatkan pasien dan keluarga dalam mengembangkan rencana komunikasi
- 4) Menjelaskan kepada keluarga mengapa pasien tidak bisa bicara
- 5) Mengkonsultasikan dengan dokter tentang kebutuhan terapi wicara

Diagnosa 4

1. Mengajarkan keluarga pasien untuk miring kanan miring kiri
2. Membantu pasien miring kanan miring kiri
3. mengobservasi kondisi jaringan kulit pasien
4. Melakukan HE kepada keluarga pasien tentang pentingnya miring kanan miring kiri
5. Mengkolaborasi dengan dokter jika terjadi kerusakan jaringan

Diagnosa 5

1. Memantau intake dan output
2. Melakukan pengkajian perkemihan komprehensif berfokus pada inkontinensia
3. Mengobservasi kondisi urine
4. memantau tingkat distensi kandung kemih melalui palpasi dan perkusi
5. Melakukan kateterisasi untuk urine residu

Diagnosa 6

1. Memantau peningkatan tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral secara kontinu.
2. memantau status neurologis pada interval yang teratur
3. Memperhatikan kejadian yang merangsang terjadinya perubahan bentuk gelombang TIK
4. Menentukan data dasar tanda vital dan irama jantung, dan pantau adanya perubahan selama dan setelah aktivitas
5. Melakukan HE kepada keluarga tentang pentingnya pemantauan TIK
6. mengkolaborasikan untuk menurunkan TIK seperti ventrikulostomi untuk drain cairan serebrospinal
7. memantau tekanan perfusi serebral dan TIK

2.3.5. EVALUASI

Diagnosa 1: Pasien mampu beraktivitas(bergerak memposisikan tubuhnya)

Diagnosa 2: Pasien mampu bernafas secara efektif

Diagnosa 3: Pasien mampu berbicara baik secara minimal / maksimal

Diagnosa 4: Tidak ada kerusakan jaringan pada pasien

Diagnosa 5: Tidak terjadi inkontinensia urine

Diagnosa 6: Tidak terjadi gangguan perfusi serebral dan TIK