

ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM NEUROVASKULAR



Ns. Agus Purnama, S.Kep, M.K.M, M.Kep
Retno Ayu Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep
Ns. Novita Amri, S.Kep, M.Kep
Muhammad Ardi, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B
Mugi Hartoyo, MN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM NEUROVASKULAR

**Ns. Agus Purnama, S.Kep, M.K.M, M.Kep
Retno Ayu Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep
Ns. Novita Amri, S.Kep, M.Kep
Muhammad Ardi, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B
Mugi Hartoyo, MN**



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM NEUROVASKULER

Penulis:

Ns. Agus Purnama, S.Kep, M.K.M, M.Kep
Retno Ayu Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep
Ns. Novita Amri, S.Kep, M.Kep
Muhammad Ardi, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B
Mugi Hartoyo, MN

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN:

978-623-88564-3-5

Cetakan Pertama:

Februari 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

**Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat**
Website: www.nuansafajarcemerlang.com
Instagram: @bimbel.optimal

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji selalu Kami panjatkan kepada Allah SWT atas ridho-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan buku berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Sistem Neurovaskular” dengan lancar tanpa kendala berarti. Buku ini ditulis sebagai media pembelajaran khususnya mahasiswa perawat. Keberhasilan buku ini tentu tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada TIM OPTIMAL selaku Lembaga yang senantiasa selalu menebar manfaat untuk masyarakat Indonesia, kemudian kepada para Orangtua Penulis yang selalu mendukung dan memberikan do'a terbaik dalam setiap perjalanan yang penulis lakukan. Dan beribu ucapan terima kasih pada semua pihak yang turut mendukung penulis yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Buku ini tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Jika pembaca menemukan kesalahan apapun, penulis mohon maaf setulusnya. Selalu ada kesempatan untuk memperbaiki setiap kesalahan, karena itu, dukungan berupa kritik & saran akan selalu penulis terima dengan tangan terbuka.

Jakarta, Juli 2023

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN VERTIGO	1
A. Pendahuluan	2
B. Definisi	3
C. Etiologi	3
D. Patofisiologi	4
E. Manifestasi Klinis	6
F. Komplikasi	7
G. Pemeriksaan Penunjang	7
H. Penatalaksanaan	7
I. Pengkajian	9
J. Diagnosis.....	10
K. Intervensi.....	11
L. Implementasi.....	11
M. Evaluasi.....	11
Daftar Pustaka	12
ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MENINGITIS	13
A. Definisi	14
B. Klasifikasi	14
C. Patofisiologi	14
D. Etiologi	15
E. Tanda Gejala.....	15
F. Pemeriksaan Penunjang	16
G. Diagnosis.....	17
H. Penatalaksanaan	17
I. Komplikasi	17
J. Asuhan Keperawatan.....	18
Daftar Pustaka	21
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BELL'S PALSY	23
A. Pendahuluan	24
B. Definisi	25
C. Etiologi	25
D. Patofisiologi dan Patogenesis	25
E. Manifestasi Klinis	27
F. Komplikasi	27
G. Pemeriksaan Penunjang	27
H. Penatalaksanaan	29
I. Pengkajian	30
J. Diagnosis.....	31
K. Intervensi.....	32
L. Implementasi.....	34

M. Evaluasi	34
Daftar Pustaka	35
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK	37
A. Pendahuluan (Prevalensi Atau Update Kejadian Kasus)	38
B. Definisi	38
C. Etiologi	39
D. Patofisiologi	41
E. Manifestasi Klinis	41
F. Komplikasi	42
G. Pemeriksaan Penunjang	42
H. Penatalaksanaan	43
I. Pengkajian	44
J. Diagnosis.....	46
K. Intervensi.....	47
L. Implementasi.....	50
M. Evaluasi	52
Daftar Pustaka	53
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE HEMORAGIK.....	57
A. Pendahuluan	58
B. Definisi	58
C. Etiologi	59
D. Patofisiologi	59
E. Manifestasi Klinis	59
F. Komplikasi	60
G. Pemeriksaan Penunjang	60
H. Penatalaksanaan	60
I. Pengkajian	61
J. Diagnosis Keperawatan	61
K. Intervensi.....	64
L. Implementasi.....	99
M. Evaluasi	100
Daftar Pustaka	103
BIODATA PENULIS	105

ASUHAN KEPERAWATAN

DENGAN VERTIGO

Ns. Agus Purnama, S.Kep, MKM, M.Kep



ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN VERTIGO

Ns. Agus Purnama, S.Kep, MKM, M.Kep

A. Pendahuluan

Vertigo (gangguan keseimbangan) merupakan suatu istilah yang berasal dari Bahasa latin *vertere* yang berarti memutar. Vertigo seringkali dinyatakan sebagai rasa pusing, sempoyongan, rasa melayang, badan atau dunia sekelilingnya berputar- putar (Pulungan, 2018). Vertigo merupakan suatu ilusi gerakan, biasanya berupa sensasi berputar yang akan meningkat dengan perubahan posisi kepala (Kusumastuti & Sutarni, 2018).

Vertigo dianggap bukan merupakan suatu penyakit, melainkan gejala dari penyakit penyebabnya. Salah satu gejala vertigo ialah ilusi bergerak, penderita merasakan atau melihat lingkungannya bergerak, padahal lingkungannya diam, atau penderita merasakan dirinya bergerak, padahal tidak. Penyebab gangguan keseimbangan dapat merupakan suatu kondisi anatomic atau suatu reaksi fisiologis sederhana yang dapat mengganggu kehidupan seorang penderita vertigo (Dewanto, 2009).

Prevalensi vertigo di Jerman, usia 18 hingga 79 tahun adalah 30%, 24% diasumsikan karena kelainan vestibular. Penelitian di Prancis menemukan prevalensi vertigo 48%. Prevalensi vertigo di Indonesia pada tahun 2017 adalah 50% dari orang tua berumur 75 tahun, pada tahun 2018 50% dari usia 40-50 tahun dan merupakan keluhan nomor tiga paling sering dikeluhkan oleh penderita yang datang ke praktek umum setelah nyeri kepala dan stroke (Pulungan, 2018). Angka kejadian vertigo di Indonesia juga sangat tinggi, pada tahun 2010 dari usia 40 sampai 50 tahun sekitar 50% yang merupakan keluhan nomor tiga paling sering di keluhkan oleh penderita yang datang ke rumah sakit (Mayasari et al., 2020). Terkadang seorang penderita vertigo itu sendiri pada awalnya tidak mengetahui jenis gejala maupun penyakit yang dideritanya karena minimnya informasi yang mereka ketahui (Mayasari et al., 2020). Pada usia pra lansia terjadi berbagai perubahan struktural berupa degenerasi dan atrofi pada sistem vestibular, visual dan propioseptif dengan akibat gangguan fungsional pada ketiga sistem tersebut yang menyebabkan respon pada akselerasi gravitasi berkurang, sehingga keseimbangannya mudah terganggu dan mengakibatkan jatuh atau rasa berputar (Dewi, 2020).

Prevalensi vertigo di Indonesia pada tahun 2018 50% dari usia 40-50 tahun (Fithriana et al., 2020). Berdasarkan kelompok umur pada 01 Januari 2019 sampai 31 Desember 2019, angka kejadian vertigo paling banyak terjadi pada usia 45-64 tahun sebanyak 74 pasien dan terjadi pada laki-laki penyakit vertigo sebanyak 58 pasien (Novia & Ibrahim, 2017).

B. Definisi

Vertigo (gangguan keseimbangan) merupakan suatu istilah yang berasal dari Bahasa latin *vertere* yang berarti memutar. Vertigo sering kali dinyatakan sebagai rasa pusing, sempoyongan, rasa melayang, badan atau dunia sekelilingnya berputar-putar. Vertigo merupakan suatu ilusi gerakan, biasanya berupa sensasi berputar yang akan meningkat dengan perubahan posisi kepala. Vertigo adalah salah satu bentuk sakit kepala di mana penderita mengalami persepsi gerakan yang tidak semestinya (biasanya gerakan berputar atau melayang) yang disebabkan oleh gangguan pada sistem vestibular (Joesoef, 2002).

Vertigo merupakan sensasi berputar dan bergeraknya penglihatan baik secara subjektif maupun objektif, vertigo dengan perasaan subjektif terjadi bila seseorang mengalami bahwa dirinya merasa bergerak, sedangkan vertigo dengan perasaan objektif bila orang tersebut merasa bahwa di sekitar orang tersebut bergerak. Vertigo adalah gangguan keseimbangan. Seseorang yang mengalami vertigo merasa bahwa dunia di sekelilingnya berputar. Gangguan ini biasanya disertai dengan perasaan mual. Vertigo bisa berlangsung beberapa menit hingga beberapa hari.

Vertigo adalah sebuah ilusi dimana pasien merasa tubuh dan/atau lingkungannya berputar. Vertigo dibedakan menjadi dua berdasarkan letak lesi penyebabnya. Vertigo sentral adalah vertigo yang disebabkan oleh lesi sentral yang dapat disertai gejala unilateral atau hanya dirasakan di satu sisi tubuh pasien (Wong Ferry, 2011).

Vertigo adalah sensasi abnormal berupa gerakan berputar. Pada penderita vertigo harus dipikirkan apakah vertigo tersebut tipe sentral (misalnya stroke) atau perifer (BPPV/*Benign Positional Paroxysmal Vertigo*) (Dewanto, 2009).

C. Etiologi

Menurut Tarwoto, dkk. (2015) ada beberapa penyebab dari vertigo antara lain yaitu, gangguan pada telinga bagian dalam pusing yang terjadi pada pasien vertigo akan hilang dengan sendiri nya, vertigo jenis diklasifikasikan menjadi akibat dari masalah telinga bagian dalam dan dikenal sebagai Benign Proxysmal Positional Vertigo. Penyakit sistem saraf pusat gangguan sistem syaraf pusat tetjadi karena ada nya beberapa beberapa penyakit seperti multiple sclerosis, kerusakan leher, tumor, atau stroke yang bisa menyebabkan penyakit vertigo. Migrain merupakan salah satu jenis sakit kepala yang mengganggu sistem penglihatan Vertigo yang disebabkan karena migrain dapat berlangsung dalam beberapa menit hingga beberapa hari. Peradangan atau infeksi yang menyerang tubuh seperti pilek, flu, atau yang lainnya sehingga dapat mempengaruhi kinerja telinga bagian dalam dan akhirnya mengakibatkan vertigo. Gangguan penglihatan mata selain untuk melihat juga dapat membantu dalam fungsi keseimbangan tubuh. Sehingga masalah yang

terjadi pada penglihatan dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan dan memicu penyakit vertigo. Penyakit meniere terjadi akibat peningkatan volume endolimfe yang juga berhubungan dengan distensi seluruh sistem endolimfatis (hidrops endolymphatic). Penyakit meniere yang mengakibatkan telinga bagian dalam mempunyai banyak cairan yang pada akhirnya mempengaruhi keseimbangan tubuh. Rasa pusing yang terjadi dapat berlangsung selain setengah jam atau lebih lama lagi. Posisi tidur bantal kepala yang terlalu rendah atau terlalu tinggi bisa mempengaruhi munculnya vertigo dan apalagi jika baru bangun tidur langsung bangun dengan cepat.

D. Patofisiologi

Reseptor yang berfungsi sebagai penerima informasi untuk sistem vestibular terdiri dari vestibulum, propriozeptik dan mata, serta integrasi dari ketiga reseptor terkait dengan batang otak serta serebelum. Informasi yang berasal dari sistem vestibular 50 persen terdiri dari vestibulum, sisanya dari mata dan propriozeptik. Adanya gangguan dari sistem vestibular menimbulkan berbagai gejala antara lain vertigo, nystagmus, ataksia, mual muntah, berkeringat, dan psikik. Gejala-gejala tersebut dapat timbul secara bersamaan, sendiri, atau terjadi secara bergantian. Gejala tersebut dipengaruhi oleh derajat, sumber, maupun jenis rangsangan.

Fungsi sistem vestibular terletak pada kanalis semisirkularis yang berada pada dalam apparatus vestibular, terisi cairan yang apabila bergetar berfungsi mengirim informasi tentang gerakan sirkuler atau memutar. Ketiga kanalis semisirkularis bertemu di vestibulum yang terletak berdekatan dengan koklea. Adanya kerjasama dari mata dan sistem vestibular mengakibatkan terjadinya pandangan agar benda terlihat dengan jelas ketika bergerak. Hal ini disebut dengan reflek vestibulookular.

Gerakan cairan dalam kanalis semisirkularis memberi pesan kepada otak bagaimana kecepatan kepala berotasi, ketika kepala mengangguk, atau saat kepala menoleh. Setiap kanalis semisirkularis memiliki ujung yang menggembung dan berisi sel rambut. Adanya rotasi kepala 3 mengakibatkan gerakan/aliran cairan yang akan mengubah posisi pada bagian ujung sel rambut terbungkus jelly-like cupula. Selain kanalis semisirkularis, terdapat organ yang termasuk dalam bagian sistem vestibuler, yaitu sakulus dan utrikulus. Kedua organ tersebut termasuk dalam organ otolit. Organ otolit memiliki otokonia yaitu sel rambut terbungkus jelly-like layer bertabur batuan kecil kalsium.

Saat kepala menengadah maupun posisi tubuh berubah, terjadilah pergeseran batuan kalsium karena pengaruh gravitasi. Akibatnya, sel rambut menjadi bengkok sehingga terjadinya influx ion kalsium yang selanjutnya neurotransmitter keluar memasuki celah sinap dan ditangkap oleh reseptor. Selanjutnya, terjadi penjalanan impuls melalui nervus vestibularis menuju tingkat

yang lebih tinggi. Adanya sistem vestibular bekerja sama dengan sistem visual dan propriozeptik membuat tubuh dapat mempertahankan orientasi atau keseimbangan.

Sistem keseimbangan pada manusia adalah suatu mekanisme yang kompleks terdiri dari input sensorik bagian dari alat vestibular, visual, maupun propriozeptif. Ketiganya menuju otak dan medulla spinalis, dimodulasi dan diintegrasikan aktivitas serebrum, sistem limbik, sistem ekstrapijamidal, dan korteks serebral dan mempersepsikan posisi tubuh dan kepala saat berada dalam ruangan, mengontrol gerak mata dan fungsi sikap statik dan dinamik. Adanya perubahan pada input sensorik, organ efektor maupun mekanisme integrasi mengakibatkan persepsi vertigo, adanya gangguan gerakan pada bola mata, dan gangguan keseimbangan. Kehilangan pada input dari 2 atau lebih dari sistem vestibular mengakibatkan hilangnya keseimbangan sehingga terjatuh. Karenanya, apabila seorang pasien dengan gangguan propriozeptif berat disertai sensory disequilibrium, atau disfungsi vestibular unilateral uncompensated dan vertigo, akan jatuh bila penglihatan ditutup.

Menurut Price, SP (2010) vertigo terjadi karena ketidakcocokan informasi aferen yang disampaikan ke pusat kesadaran. Susunan aferen yang terpenting dalam sistem rat adalah susunan vestibules atau keseimbangan, yang secara terus menerus menyampaikan impulsnya ke pusat keseimbangan. Susunan lain yang berperan ialah system optic dan propriozeptik, jarasjaras yang menghubungkan muklel vestibularis dengan muklel N. III, IV dan VI, susunan vestibuloretikularis, dan vestibuloapinalis.

Menurut Wilson (2010) Infonnasi yang berguna untuk keseimbangan tubuh akan ditangkap oleh receptor vestibuler, visual, dan propriozeptik; receptor vestibules memberikan kontribusi paling besar, yaitu lebih dari 50% disusul kemudian reseptor visual dan yang paling kecil kontribusinya adalah propriozeptik.

Menurut Price, S.A (2010) Dalam kondisi fisiologis/normal, informasi yang tiba di pusat integrasi alat keseimbangan tubuh berasal dari receptor vestibuler, visual dan propriozeptik kanan dan kiri akan diperbandingkan, jika semuanya dalam keadaan sinkron dan wajar, akan diproses lebih lanjut. Respond yang muncul berupa penyesuaian otot-otot mata dan penggerak tubuh dalam keadaan bergerak.

Menurut Wilson (2010) Di camping itu orang menyadari posisi kepala dan tubuhnya terhadap lingkungan sekitar. Jika fungsi alat keseimbangan tubuh di perifer atau Central dalam kondisi tidak normal/ tidak fisiologis, atau ada rangsang gerakan yang aneh atau berlebihan, maka proses pengolahan informasi atau terganggu, akibatnya muncul gejala vertigo dan gejala otonom; di samping itu, respond penyesuaian otot menjadi tidak adekuat sehingga muncul gerakan abnormal yang dapat berupa nistagmus, unsteadiness, ataksia saat berdiri/ berjalan dan gejala lainnya.

E. Manifestasi Klinis

Menurut Dewanto, (2015) Manifestasi klinis pada klien dengan vertigo yaitu Perasaan berputar yang kadang-kadang disertai gejala sehubungan dengan weak dan lembab yaitu mual, muntah, rasa kepala berat, nafsu makan tunm, lelah, lidah pucat dengan selaput putih lengket, nadi lemah, puyeng (*dizziness*), nyeri kepala, penglihatan kabur, tinitus, mulut pahit, mata merah, mudah tersinggung, gelisah, lidah merah dengan selaput tipis.

Menurut Dewanto (2015) Pasien Vertigo akan mengeluh jika posisi kepala berubah pada suatu keadaan tertentu. Pasien akan merasa berputar atau merasa sekelilingnya berputar jika akan ke tempat tidur, berguling dari satu sisi ke sisi lainnya, bangkit dari tempat tidur di pagi hari, mencapai sesuai yang tinggi atau jika kepala digerakkan ke belakang. Biasanya vertigo hanya berlangsung 5-10 detik. Kadang-kadang disertai rasa mual dan seringkali pasien merasa cemas. Penderita biasanya dapat mengenali keadaan ini dan berusaha menghindarinya dengan tidak melakukan gerakan yang dapat menimbulkan vertigo. Vertigo tidak akan terjadi jika kepala tegak lurus atau berputar secara aksial tanpa ekstensi, pada hampir sebagian besar pasien, vertigo akan berkurang dan akhirnya berhenti secara spontan dalam beberapa hari atau beberapa bulan, tetapi kadang-kadang dapat juga sampai beberapa tahun.

Menurut Dewanto (2015) Pada anamnesis, pasien mengeluhkan kepala terasa pusing berputar pada perubahan posisi kepala dengan posisi tertentu. Secara klinis vertigo terjadi pada perubahan posisi kepala dan akan berkurang serta akhirnya berhenti secara spontan setelah beberapa waktu. Pada pemeriksaan THT secara umum tidak didapatkan kelainan berarti, dan pada uji kalori tidak ada paresis kanal.

Menurut Dewanto (2015) Uji posisi dapat membantu mendiagnosa vertigo, yang paling baik adalah dengan melakukan manuver Hallpike: penderita duduk tegak, kepalanya dipegang pada kedua sisi oleh pemeriksa, lalu kcpala dijatuhkan mendadak sainbil menengok ke satu sisi. Pada tes ini akan didapatkan nistagmus posisi dengan gejala Penderita vertigo akan merasakan sensasi gerakan seperti berputar, baik dirinya sendiri atau lingkungan, Merasakan mual yang luar biasa, Sering muntah behagar akibat dari rasa mual, Gerakan mata yang abnonnal, Tiba - tiba muncul keringat dingin, Telinga sering terasa berdenging, Mengalami kesulitan bicara, Mengalami kesulitan berjalan karena merasakan sensasi gerakan berputar, Pada keadaan tertentu, penderita juga bisa mengalami gangguan penglihatan.

Salah satu gejala kondisi vertigo yang paling umum adalah pusing, yang biasanya memburuk dengan gerakan kepala. Gejala ini biasanya digambarkan oleh pengidapnya sebagai sensasi berputar, dengan ruangan atau benda di sekitar mereka tampak bergerak. Selain itu, ada beberapa gejala vertigo lain yang juga dapat terjadi, seperti:

1. Peningkatan keringat.
2. Mual.
3. Muntah.
4. Sakit kepala.
5. Telinga terasa berdengung.
6. Timbulnya gangguan pendengaran.
7. Gerakan mata yang tidak disengaja.
8. Kehilangan keseimbangan.

Serangan awal kondisi vertigo biasanya berlangsung selama beberapa jam saja. Namun, jika tidak segera ditangani, vertigo akan selalu kambuh yang dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke.

F. Komplikasi

Apabila Vertigo tidak segera ditangani dan dilakukan pengobatan, penderita bisa saja mengalami gagar otak ringan maupun berat, itu merupakan akibat yang ditimbulkan karena vertigo pada penderita yang sering kambuh. (Yulianto et al., 2016).

Vertigo akan menyebabkan komplikasi berupa penurunan kualitas hidup karena gangguan mobilitas. Penderita vertigo juga akan mengalami penurunan fungsi individu sebagai pekerja. Vertigo apabila terjadi saat berkendara juga akan mengakibatkan kecelakaan (Benecke et al., 2013).

G. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan CT-scan atau MRI kepala dapat menunjukkan kelainan tulang atau tumor yang menekan syaraf. Jika diduga infeksi maka bisa diambil contoh cairan dari telinga atau sinus atau dari tulang belakang.
2. Pemeriksaan angiogram dilakukan karena terjadi penurunan aliran darah ke otak. Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat adanya sumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak.
3. Pemeriksaan fisik : mata, alat keseimbangan tubuh, neurologik, otologik, pemeriksaan fisik umum. (Lumbantobing, 1996)

H. Penatalaksanaan

Tujuan dari pengobatan vertigo yaitu untuk menghilangkan gejala vertigo, mengontrol gejala neurovegetatif dan psikoafektif, juga untuk meningkatkan sistem vestibular (Pradnanying & Widiastuti, 2017).

Menurut (Susilo, 2012) penatalaksanaan vertigo nonmedikasi yaitu:

1. Manuver Epley

Langkah-langkah manuver epley adalah menggantungkan posisi kepala selama 20-30 detik ke sisi kanan, lalu kepala di putar 90 derajat kearah depan selama

20-30 detik. Selanjutnya pasien diangkat dan diposisikan duduk.

2. Prosedur Semont

Langkah prosedur semont yang pertama adalah kepala pasien di putar 45 derajat kesi yang tidak mengalami nyeri atau ke sisi yang sehat, selanjutnya pasien berbaring ke arah yang berlawanan.

Langkah kedua adalah pasien mempertahankan pada posisi awal selama 30 detik

Langkah ketiga pasien melakukan gerakan yang sama ke posisi yang berlawanan.

Langkah keempat adalah kembali ke posisi awal.

3. Manuver Lampert Role

Ini adalah pengobatan untuk BPPV kanal horizontal. yaitu dengan memposisikan kepala dan telinga pasien yang sakit ke posisi bawah kemudian pasien memutar 90 derajat ke depan dengan cepat. Kemudian diputar 90 derajat ke arah yang tidak sakit dan dilanjutkan memutar 360 derajat sampai telinga pasien yang sakit menempel kebawah. Kemudian kepala pasien dinaikkan dan diposisikan duduk.

4. Latihan Brandt Daroff

Latihan brandt daroff dengan cara pasien menutup mata, dan pasien di posisikan duduk di sisi tempat tidur dengan tungkai yang digantung. Kemudian baringkan dengan cepat kesatu sisi. Pertahankan 30 detik lalu duduk kembali. Setelah 30 detik balikkan secara cepat kesi yang lainnya, duduk kembali.

karena penyebab dari vertigo beragam, tidak jarang dilakukan pengobatan simptomatik. Pada sebagian besar kasus, setelah beberapa minggu terapi bisa dihentikan. Obat-obat yang sering digunakan :

a. Antikolinergik

obat-obatan antikolinergik bekerja pada reseptor muskarinik dengan efek kompensasi. Contoh antikolinergik adalah sadasi, dilatasi pupil dan mulut kering (Pradnanying & Widiastuti,2017).

b. Antihistamin

Antihistamin mempunyai efek sentral untuk mengurangi vertigo, bekerja pada reseptor H₂. Antihistamin mempunyai efek antikolinergik dan juga blok kanal kalsium. Antihistamin yang dapat diberikan pada penderita vertigo adalah :

1) Dimenhidrinat

4 – 6 jam adalah lama kerja obat ini. Dapat diberikan secara peroral atau parenteral (iv dan im) dosis yang diberikan adalah 25-50 mg (1 tablet) selama 4 hari.

- 2) Difenhidramin
Lama kerja dari obat ini adalah 4-6jam , diberikan secara peroral dengan dosis 25 mg (1 kapsul), diberikan 4 kali dalam sehari.
- 3) Senyawa betahisdin
Betahistin meylate diberikan secara peroral, 3 kali sehari dengan dosis 12 mg dan Betahistin HCl dengan dosis yang diberikan 8-24mg diberikan 3 kali sehari.
- 4) Benzodiazepin
Benzodiazepin secara sentrak bekerja mensupresi respon vestibular. Obat ini mempunyai masa kerja yang singkat dan mempunyai efek terapi dalam dosis yang kecil.
- 5) Kalsium Antagonis
Chinarizin, memiliki manfaat dapat menekan fungsi vestibular dan bisa mengurangi respon kepada akselerasi angular serta linear. biasanya dosis yang diberikan adalah 15-30 mg, diberikan 3 kali sehari.[2]

I. Pengkajian

Pengkajian keperawatan yaitu tahapan yang paling pertama didalam proses keperawatan, yaitu saat mengumpulkan data secara sistematis dari berbagai sumberdata yang bertujuan untuk identifikasi dan evaluasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan akan menjadi dasar untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien (Budiono, 2016). Langkah-langkah pengakjian keperawatan pada klien vertigo meliputi :

1. Identitas
 - a. Jenis kelamin
Jenis kelamin perempuan lebih sering mengalami vertigo karena faktor dari hormon, perempuan mengalami menstruasi (Park et al,2019).
 - b. Usia
Usia yang lebih sering mengalami vertigo adalah usia dari 40 tahun sampai 59 tahun (Park et al, 2019)
2. Riwayat kesehatan sekarang
 - a. Keluhan utama
Menurut (Jusuf & Wahidji,2016) keluhan utama yang dirasakan oleh penderita vertigo adalah nyeri kepala, pandangan kabur dan berbayang, mual, dan muntah.
 - b. Faktor pencetus
Vertigo perifer disebabkan karena trauma, toksik, linirintis, oklusi dan fistula labirin vertigo sentral penyebabnya adalah stroke, perdarahan cerebrum, trauma, migran basilar, neoplasma (Jusuf& Wahidji,2016).

3. Riwayat kesehatan keluarga
Meliputi genogram dan keterangannya, penyakit yang pernah diderita anggota keluarga
4. Pola kesehatan fungsional
Pada pola aktivitas dan latihan penderita vertigo bergantung pada keluarganya karena saat melakukan aktivitas akan merasakan nyeri kepala, pola istirahat dan tidur, pola kognitif persepsi sensori, pola persepsi diri dan konsep diri, pola mekanisme coping, pola seksual reproduksi, pola peran berhubungan dengan orang lain, pola nilai kepercayaan.
5. Pemeriksaan fisik
Pemeriksaan fisik umum yang dilakukan pada klien vertigo antara lain adalah pemeriksaan kesadaran, penampilan dan tanda-tanda vital, pemeriksaan mata, kepala, hidung, telinga, mulut, dan tenggorokan, dada, abdomen, genetalia, ekstremitas, kulit. Pemeriksaan fisik pada vertigo bertujuan untuk memeriksa penyebab dari vertigo, baik kelainan sistemik, otologik, ataupun neurologik vestibular berupa pemeriksaan nistagmus, fungsi serebrum dan pemeriksaan fungsi pendengaran dan keseimbangan. Beberapa faktor yang juga harus diperhatikan diantaranya adalah hipertensi, hipotensi, gagal jantung, hipoglikemi, anemi, dan aritmia jantung (Akbar, 2013).

J. Diagnosis

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens pencederaan fisiologis
Tujuan dan kriteria hasil :
Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan sakit kepala klien berkurang dengan kriteria hasil :
 - a. Skala nyeri menurun
 - b. Gelisah berkurang
 - c. Kesulitan tidur teratas
 - d. Keluhan mual berkurang
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring
Tujuan dan kriteria hasil :
Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan aktivitas klien meningkat dengan kriteria hasil :
 - a. Meningkatnya kekuatan tubuh
 - b. Rasa lemah berkurang
3. Resiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan
Tujuan dan kriteria hasil :
Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan risiko jatuh klien teratas berkurang dengan kriteria hasil :
 - a. Jatuh dari tempat tidur menurun

K. Intervensi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens pencederaan fisiolog
Intervensi :
 - a. Observasi tanda-tanda vital
 - b. Kaji karakteristik nyeri
 - c. Lakukan manajemen nyeri
 - d. Facilitasi istirahat dan tidur
 - e. Ajarkan memonitor nyeri secara mandiri
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring
Intervensi :
 - a. Monitor kelemahan fisik dan emosional
 - b. Monitor pola tidur dan jam tidur
 - c. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus
 - d. Berikan aktivitas secara bertahap
3. Resiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan
Intervensi :
 - a. Kaji tingkat energi yang dimiliki klien
 - b. Berikan terapi ringan untuk mempertahankan keseimbangan
 - c. Ajarkan penggunaan alat bantu pada klien
 - d. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan resiko cidera

L. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan dan strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Safitri, 2019).

M. Evaluasi

Evaluasi Keperawatan Tahap evaluasi atau penilaian adalah perbandingan yang terencana dan sistematis mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambung dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatannya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Wahyuni, 2016 Dalam Muhimmah, 2019).

Daftar Pustaka

- Adam, GL. Boies, LC. Hilger, PA. (2009). Boies Buku Ajar Penyakit Tht. Edisi ke-6. Jakarta: EGC; hlm. 39–45.
- Arsyad, E. Iskandar, N. (2008). Telinga, Hidung Tenggorok Kepala Dan Leher. Edisi Ke-6. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Arsyad, E. Iskandar, N. (2008). Telinga, Hidung Tenggorok Kepala dan Leher. Edisi Ke-6. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; Hlm. 94-101.
- D. Nur anggraini, W. E. Wurllete, and W. E. Permana, (2021). Menganalisis Dampak Penggunaan Betahistine Mesilate Terhadap Pasien Gejala Vertigo Perifer Di Klinik Al Ma’soem Cibulareng, *Jurnal Sosial Sains*, vol. 1, no. 10, 2021, doi: 10.36418/sosains.v1i10.241.
- Edward, Y. dan Roza, Y. (2014). Diagnosis dan Tatalaksana Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) Horizontal Berdasarkan Head Roll Test. Jurnal Kesehatan Andalas ; 3(1): 77-81.
- Harsono, (2000) Kapita Selektia Neurologi. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Joesoef, AA. Kusmasti, K. (2002). Neurootologi Klinis Vertigo. Jakarta: Airlangga University Press.
- Lalwani, AK. (2004). Current Diagnosis and Treatment in Otolaryngology Head and Neck Surgery.
New York: Mc Graw Hill Companies. hlm. 761-5.
- Leksmono, P. Islam, MS. Yudha, H. (2006). Kumpulan Makalah Pertemuan Ilmiah Nasional II Nyeri Kepala, Nyeri dan Vertigo. Jakarta: Airlangga University Press.
- Li JC, Epley J. (2016). Benign Paroxysmal Positional Vertigo [internet]. New York: Medscape; <http://emedicine.medscape.com/article/884261-overview>.
- Lumbantobing, SM. (2003). Vertigo Tujuh Keliling. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Purnamasari, PP. (2013). Diagnosis Dan Tatalaksana Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Udayana ; 2(6): 18-22.
- Riyanto, WB. (2004). Vertigo: Aspek Neurologi. Cermin Dunia Kedokteran. 2004;144:41-6.

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MENINGITIS

Retno Ayu Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep



ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MENINGITIS

Retno Ayu Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep

A. Definisi

Meningitis adalah inflamasi lapisan sekeliling otak dan medulla spinalis yang disebabkan bakteri atau virus (Smeltzer, 2018). Meningitis yang disebabkan oleh bakteri dapat menjadi lebih serius. Meningitis dapat menular melalui kontak air liur atau lender dari orang yang terinfeksi (batuk, bersin, berciuman, atau melalui peralatan makan, maupun rokok) (Marcovitz, 2012).

B. Klasifikasi

1. Meningitis septik: disebabkan oleh bakteri.
2. Meningitis aseptic: disebabkan virus, atau kanker dikondisi yang imun mengalami penurunan.

C. Patofisiologi

Terjadi kolonisasi bakteri maupun virus di saluran nafas. Terjadi gejala prodromal dari saluran nafas, seperti otitis, sinusitis, faringitis, atau pneumonia. Bakteri penyebab meningitis memecahkan penghalang mukosa saluran nafas dan menyerang aliran darah, mengakibatkan bakteremia dan penyebab meningitis baik bakteri atau virus melewati sawar darah otak. Organisme penyebab masuk aliran darah, melewati sawar darah otak dan memicu inflamasi di meningen. Saat berada di dalam sistem saraf pusat, bakteri penyebab meningitis dapat tumbuh dengan cepat karena relative kurang sistem kekebalan. Inflamasi terjadi di subarachnoid dan pia mater tanpa melihat agen penyebabnya. Inflamasi tersebut menyebabkan peningkatan tekanan intracranial, sehingga berkurangnya aliran darah serebral yang mengakibatkan iskemia atau infark dan juga herniasi otak.

Peningkatan tekanan intracranial bersifat multifaktor. Pelepasan koloni bakteri dalam ruang subarachnoid menyebabkan respon inflamasi dengan semburan sitokin yang berkontribusi pada peningkatan permeabilitas barrier darah otak. Hal tersebut menyebabkan edema ekstraseluler serebral, gangguan penyerapan cairan serebrospinal dengan peningkatan volume cairan serebrospinal, edema sitotoksik intraseluler otak, peningkatan aliran darah serebral (hiperemia) dengan kebocoran mikrovaskular meningkatkan edema ekstraselular. Semua itu menyebabkan tingginya tekanan intra kranial.

Infeksi meningeal muncul satu dari dua acara, yaitu melalui aliran darah akibat infeksi lain (selulitis) atau melalui perluasan langsung (setelah cedera trauma wajah). Meningitis bakterial atau meningokal muncul sebagai infeksi oportunistis pada pasien HIV/ AIDS dan komplikasi dari penyakit Lyme.

Meningitis bakterial adalah meningitis yang paling berat. Bakteri pathogen yang sering dijumpai, antara lain *N. meningitis* (meningitis meningokokal) dan *S. Pneumoniae* yang menjadi penyebab meningitis pada pasien dewasa sekitar 80%. *Haemophilus Influenzae* dulu juga sebagai penyebab utama meningitis pada anak-anak, namun karena adanya vaksinasi, infeksi karena organisme ini jarang dijumpai.

D. Etiologi

1. Trauma kepala
2. Riwayat bedah saraf
3. Adanya pirau CSF
4. Keadaan immunocompromise
5. Virus yang sering menginfeksi (Coxsackievirus B (enterovirus), Echovirus (enterovirus), HIV, HSV-2, West Nile (arbovirus)), virus yang kurang umum menginfeksi (La Crosse (California subgroup, arbovirus), Lymphocytic choriomeningitis virus, Other enterovirus serotypes, St Louis virus (arbovirus)), virus yang langka menginfeksi (Adenovirus, Eastern equine virus (arbovirus), Mumps Parvovirus B19, Western equine virus (arbovirus), H1N1 influenza). (Brust, 2019)
6. Bakteri (*streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Listeria monocytogenes*)
7. Jamur (*Cryptococcus Neoformans*, *Histoplasmosis spp.*, dan *Coccidioides*)
8. Parasite (*Naegleria fowleri*, *Angiostongylus cantonensis*).
9. Neurobrucellosis
10. Adanya Candida spp., pirau ventriculoperitoneal, *Aspergillus spp.* jarang ditemukan.

E. Tanda Gejala

Pasien dengan meningitis memiliki gejala akut (< 5 hari), subakut (6 – 30 hari) atau kronis (> 30 hari). Manifestasi klinis yang bergantung pada agen penyebab virulensi dan lokasi infeksi. Pasien dengan meningitis akut datang dengan demam, sakit kepala dan leher kaku. Pasien dengan meningitis subakut atau kronis hadir berminggu-minggu hingga berbulan-bulan, bahkan bertahun-tahun. Pasien ini mengalami immunosupresi, mengalami temuan neurologis yang abnormal, mengalami hipoglikorracia dan memiliki pleositosis CSF yang lebih rendah (Hasbun, 2018).

Tanda Gejala Meningitis menurut (Marcovitz, 2012):

1. Gejala mirip flu
2. Mual
3. Muntah

4. Sakit kepala
5. Pusing
6. Nyeri sendir terutama di leher
7. Sensitive terhadap cahaya
8. Disorientasi
9. Telinga berdenging (tinnitus)
10. Kaku kuduk

Tanda Gejala menurut (Smeltzer, 2018):

1. Sakit kepala dan demam seringkali menjadi tanda awal; demam yang tinggi; sakit kepala terus-menerus, nyeri berdenyut pada kepala dan sangat parah disebabkan meningen yang mengalami iritasi.
2. Tanda-tanda iritasi meningeal:
 - Kaku kuduk sebagai pertanda awal
 - Tanda kernig positif; berbaring dengan paha difleksikan pada abdomen, tungkai tidak dapat diekstensikan secara penuh oleh pasien.
 - Tanda Brudinsky positif: saat leher pasien difleksikan, maka terjadi fleksi lutut dan pinggul; fleksi pasif pada ekstremitas bawah di satu sisi tubuh menghasilkan pergerakan yang serupa di ekstremitas sisi yang lain.
 - Fotofobia: sensitif terhadap cahaya.
3. Ruam (disebabkan N. meningitis): ruam ptekie dengan lesi purpura sampai area ekimosis yang luas.
4. Disorientasi dan gangguan memori; manifestasi perilaku bisa terjadi. Saat penyakit berlanjut pasien dapat jatuh ke keadaan letargi, tidak responsif dan koma.
5. Kejang terjadi akibat area iritabilitas di otak; ICP meningkat sekunder akibat perluasan inflamasi di otak atau hidrosefalus; tanda awal peningkatan intrakranial adalah penurunan tingkat kesadaran dan defisit motorik fokal.
6. Infeksi pulminan akut terjadi pada 10% pasien meingitis meningokokal; memunculkan tanda-tanda septikemia: tanda awal demam tinggi, lesi purpurik ekstensif (di wajah dan ekstremitas), syok, tanda koagulasi intravascular diseminata (DIC) terjadi mendadak; kematian bisa terjadi beberapa jam sejak awitan infeksi.

F. Pemeriksaan Penunjang

1. CT scan
2. MRI untuk mendeteksi pergerseran kandungan otak (herniasi otak), dilakukan sebelum punksi lumbal.
3. Pemeriksaan diagnostic utama: kultur bakteri dan pewarnaan Gram pada CSF dan darah.

G. Diagnosis

Kultur darah, analisis kimia dan pemeriksaan darah rutin serta pemeriksaan BGA dengan analisis laktat harus dilakukan. Pungsi lumbal dan analisis CSF handal dalam menganalisis meningitis yang disebabkan bakteri akut, karena satu-satunya pemeriksaan yang akurat.

Diagnosis lain yang dapat digunakan yakni kekeruhan CSF dan *spinal opening pressure* meningkat lebih dari 300 mmHg. Diagnosis akan jelas setelah 1 – 2 jam setelah analisis CSF dengan jumlah leukosit lebih dari $500 - 1000 \times 10^9 / L$ dengan dominasi polinuklear, glukosa dengan rasio CSF/serum kurang dari 0,4, kada laktat lebih dari 4 – 5 nmol/ L dan/ atau kadar protein lebih dari 1 g/ L. bakteri dalam diungkap melalui mikroskop langsung dan deteksi antigen dalam CSF.

Diagnosis akhir ditentukan oleh kultur dan/ atau reaksi berantai polymerase (PCR) pada CSF dan/ atau daah dalam 1 – 3 hari. Yang terbaru PCR dapat mendiagnosis dalam waktu kurang dari 1 hari. Kultur juga bisa dilakukan untuk mengetahui resistensi bakteri terhadap antibiotik untuk menyesuaikan jenis antibiotic yang digunakan.

H. Penatalaksanaan

1. Manajemen di Ruang Gawat Darurat
 - Posisikan pasien 30° untuk menurunkan tekanan intrakranial
 - Berikan oksigen
 - Berikan infus cairan kristaloid
 - Pasang kateter urine
 - Observasi tingkat kesadaran dan status mental
 - Pantau status respirasi dan haluanan urin
 - Pada pasien septik lakukan pemeriksaan BGA dan diulang pada 3 – 6 jam
 - Antibiotic dan kortikosteroid bisa dilakukan dari 1 jam saat masuk rumah sakit.
2. Vankomisin hidroklorida dikombinasikan dengan seftriakson (seftriakson dan sefotaksim) diberikan melalui injeksi intravena
3. Deksametason terbukti bermanfaat sebagai terapi pelengkap pada meningitis bacterial akut dan meningitis pneumokokal.
4. Jika terjadi kejang dapat dikontrol dengan fenitoin (Dilantin).

I. Komplikasi

1. Munculnya cairan pada lapisan subdural (efusi subdural)
2. Empyema subdural
3. Vaskulitis (peradangan pembuluh darah)
4. Ventrikulitis (infeksi pada system saraf pusat karena tindakan invasif ke dalam area ventrikel).

5. Hidrosefalus
6. Abses otak
7. Epilepsi dan retardasi mental
8. Serangan meningitis berulang
9. Syok septik

J. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian (Muttaqin, 2020)

- Kaji status neurologis dan tanda-tanda vital secara kontinyu
- Pada pemeriksaan system saraf rangsang meningeal adanya kaku kuduk, tanda kernig dan brudzinsky positif.
- Terjadi penurunan kekuatan otot dan kelemahan sehingga mempengaruhi ADL.

2. Diagnosis (PPNI, 2016)

- Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas, adanya jalan nafas buatan.
- Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.
- Nyeri akut berhubungan dengan iritasi meningeal.
- Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial
- Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (mual, muntah)
- Resiko cedera berhubungan dengan perubahan psikomotor, kognitif dan orientasi afektif.
- Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive.

3. Intervensi (PPNI, 2018)

a. Manajemen Jalan Nafas

- Monitor pola nafas meliputi frekuensi, kedalaman dan usaha nafas
- Monitor bunyi nafas tambahan
- Monitor sputum meliputi jumlah, warna dan aroma
- Berikan oksigen, bila perlu
- Posisikan semi *fowler*/ *fowler*

b. Manajemen Hipertermia

- Identifikasi penyebab hipertermi
- Monitor suhu tubuh
- Monitor kadar elektrolit
- Monitor haluanan urine
- Berikan cairan oral
- Sediakan lingkungan yang dingin
- Anjurkan tirah baring
- Kolaborasi pemberian cairan intravena

c. Manajemen Nyeri

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, serta skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis nyeri dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri
- Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu

d. Manajemen TIK

- Identifikasi penyebab tekanan intrakranial (misal: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- Monitor tanda/ gejala peningkatan tekanan intrakranial (tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)
- Monitor *Mean Arterial Pressure (MAP)*
- Monitor status pernafasan
- Monitor intake output cairan
- Minimalkan stimulus dengan mengkondisikan lingkungan yang tenang
- Berikan posisi semifowler
- Hindari manuver valsava
- Pertahankan suhu tubuh normal
- Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan bila perlu
- Kolaborasi pemberian diuretik bila perlu
- Kolaborasi pemberian pelunak feses bila perlu

e. Manajemen Hipovolemi

- Periksa tanda dan gejala hipovolemi (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah).
- Monitor *intake output* cairan.
- Hitung kebutuhan cairan normal.
- Berikan asupan cairan oral bila kondisi memungkinkan.
- Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak.
- Kolaborasi pemberian cairan intravena (isotonis, hipotonis, koloid atau pemberian produk darah) sesuai advis dokter.

f. Pencegahan cedera

- Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
- Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera

- Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi di tempat tidur, bila perlu
- Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci
- Gunakan pengaman tempat tidur
- Diskusikan Bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
- Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, bila perlu
- Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga.

g. Pencegahan Infeksi

- Monitor tanda-gejala infeksi lokal dan sistemik
- Batasi jumlah pengunjung
- Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien
- Pertahankan teknik *aseptic* pada pasien beresiko tinggi
- Anjurkan meningkat asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- Kolaborasi pemberian imunisasi, bila perlu

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan yang telah direncanakan. Tindakannya mencakup tindakan mandiri/ observasional, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

5. Evaluasi

- Status neurologi membaik
- Terpeliharanya bersih jalan nafas yang efektif
- Terpeliharanya efektivitas oksigenasi otak
- Terpenuhinya keseimbangan cairan dan elektrolit
- Meningkatnya fungsi kognitif dan membaiknya memori
- Terhindari dari cedera
- Terjaganya suhu tubuh normal
- Resiko infeksi sekunder tidak terjadi.

Daftar Pustaka

- Brust, J. C. (2019). *Current Diagnosis and Treatment Neurology*. United States: Mc.Graw-Hill Education.
- Denny, M. C., Ramadan, A. R., Savitz, S. I., & Grotta, J. C. (2020). *Acute Stroke Care*. Cambridge, United Kingdom; Newyork, NY: Cambridge University Press.
- Hasbun, R. (2018). *Meningitis and Encephalitis Management and Prevention Challenges*. Houston, TX, USA: Springer International Publishing AG.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's Text Book of Medical-Surgical Nursing 14th edition*. Pennsylvania: Wolters Kluwer.
- Marcovitz, Hal. (2012). *Compact Research Meningitis*. Sandiego: ReferencePoint Press.
- Morton, G. H. (2012). *Keperawatan Kritis Volume 1 & 2 Edisi 8*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2020). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- PPNI, P. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Smeltzer, S. C. (2018). *Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- Warlow, C. (2019). *Warlow's Stroke*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Zollman, F. S. (2016). *Manual of Traumatic Brain Injury Assessment and Management*. New York: Demosmedical.

ASUHAN KEPERAWATAN

PADA PASIEN BELL'S PALSY

Ns. Novita Amri, S.Kep, M.Kep



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BELL'S PALSY

Ns. Novita Amri, S.Kep, M.Kep

A. Pendahuluan

Paralisis Bell (Paralisis Wajah) karena keterlibatan perifer saraf kranial ketujuh pada salah satu sisi, yang mengakibatkan kelemahan atau paralisis otot wajah. Penyebabnya tidak diketahui, meskipun kemungkinan penyebab dapat meliputi iskemia vaskuler, penyakit virus (herpes simplek, herpes zoster), penyakit autoimun, atau kombinasi semua faktor ini (Smeltzer dan Bare, 2002).

Bell's Palsy merupakan suatu kelumpuhan akut nervus fasialis perifer yang tidak diketahui sebabnya. Sir Charles Bell (1821) adalah orang yang pertama meneliti beberapa penderita dengan wajah asimetrik, sejak itu semua kelumpuhan nervus fasialis periferyangtidakdiketahui sebabnya disebut Bell's palsy. Juga dikatakan Bell's palsy atau prosoplegia adalah kelumpuhan fasialis tipelower motor neuron (LMN) akibat paralisis nervus fasial perifer yang terjadi secara akut dan penyebabnya tidak diketahui (idiopatik) di luar sistem saraf pusat tanpa disertai adanya penyakit neurologis lainnya.

Bell's palsy merupakan penyakit pada nervus fasialis yang paling sering terjadi. Prevalensi BP di beberapa negara cukup tinggi. Di Inggris dan Amerika berturut-turut 22,4 dan 22,8 penderita per 100,000 penduduk per tahun. Di Belanda (1987) 1 penderita per 5000 orang dewasa dan 1 penderita per 20,000 anak per tahun. Data yang dikumpulkan di 4 buah rumah sakit di Indonesia diperoleh frekuensi BP sebesar 19,55% dari seluruh kasus neuropati, dan terbanyak terjadi pada usia 21-30 tahun. Penderita diabetes mempunyai resiko 29% lebih tinggi, dibanding non-diabetes. BP mengenai laki-laki dan wanita dengan perbandingan yang sama. Akan tetapi, wanita muda yang berumur 10-19 tahun lebih rentan terkena dari pada laki-laki pada kelompok umur yang sama. Pada kehamilan trisemester ketiga dan 2 minggu pasca persalinan kemungkinan timbulnya BP lebih tinggi daripada wanita tidak hamil, bahkan bisa mencapai 10 kali lipat. Penyakit ini dapat terjadi pada semua umur, dan setiap saat tidak didapatkan perbedaan insidensi antara iklim panas maupun dingin. Meskipun begitu pada beberapa penderita didapatkan riwayat terkena udara dingin, baik kendaraan dengan jendela terbuka, tidur di lantai, atau bergadang sebelum menderita BP (Bahrudin. Moch, 2011).

Bell's palsy adalah kelemahan atau kelumpuhan saraf perifer wajah (nervus fasialis) secara akut pada sisi sebelah wajah. Kondisi ini menyebabkan ketidakmampuan penderita menggerakkan separuh wajahnya secara sadar (volunter) pada sisi yang sakit (Mujaddidah, 2017).

Masalah yang ditimbulkan oleh Bell's palsy yaitu seperti kelain bentuk ekspresi wajah diantara bibir tidak simetris, lalu pasien tidak dapat menutup mata secara penuh, pasien tidak dapat mengerutkan dahi, saat tersenyum mulut masih simetris, itu semua dikarenakan adanya lesi pada nervus fasialis.

B. Definisi

Priguna Sidharta (1985) mendeskripsikan bahwa bell's palsy adalah kelumpuhan fasialis perifer akibat proses non-supuratif, non-neoplasmatik, non-degeneratif primer namun sangat mungkin akibat edema jinak pada bagian nervus fasialis di foramen stylomastoideus atau sedikit proksimal dari foramen tersebut, yang mulainya akut dan dapat sembuh sendiri tanpa pengobatan.

Bell's Palsy adalah sebuah kelainan gangguan neurologi pada nervus cranialis VII (syaraf facialis) di daerah tulang temporal yang menyebabkan kelemahan atau paralisis otot wajah disekitar foramen stylomastoideus. Penyebabnya tidak diketahui iskemia vaskuler, penyakit virus (Herpes simplex, Herpes zoster), penyakit autoimun, atau kombinasi semua faktor ini (Smeltzer dan Bare, 2002).

C. Etiologi

Terdapat lima teori yang memungkinkan penyebabkan terjadinya bell's palsy, yaitu iskemik vaskuler, virus, bakteri, herediter, dan imunologi. Teori virus lebih banyak dibahas sebagai etiologi penyakit ini (Burgess et al, 1994).

D. Patofisiologi dan Patogenesis

Paralisis Bell dipertimbangkan dengan beberapa tip paralisis tekanan. Inflamasi dan edema saraf pada titik kerusakan, atau pembuluh nutriennya tersumbat pada titik yang menyebabkan nekrosis iskemik dalam kanal yang sangat sempit. Ada kelainan wajah berupa paralisis otot wajah; peningkatan laktasi (air mata); sensasi nyeri pada wajah, belakang telinga, dan terdapat kesulitan bicara pada sisi yang terkena karena kelemahan tau otot wajah. Pada kebanvakan klien, yang pertama kali mengetahui paresis fasialis adalah teman sekantor atau orang terdekat/keluarganya. Pada observasi dapat terlihat juga bahwa gerakan kelopak mata yang tidak sehat lebih lambat jika dibandingkan dengan gerakan kelopak mata yang sehat. Lipatan nasolabial pada sisi kelumpuhan mendatar. Dalam mengembangkan pipi terlihat bahwa pada sisi yang lumpuh tidak mengembung. Saat mencibir, gerakan bibir tersebut menyimpang ke sisi yang tidak sehat. Jika klien diminta untuk memperlihatkan gigi geliginya atau diminta meringis, sudut mulut sisi yang lumpuh tidak terangkat, sehingga mulut tampaknya menceng ke arah yang sehat.

Setelah paralisis fasialis perifer sembuh, masih sering terdapat gejala sisa. Pada umumnya gejala itu merupakan proses regenerasi yang salah, sehingga timbul

gerakan fasial yang berasosiasi dengan gerakan otot kelompok lain. Gerakan yang mengikuti gerakan otot kelompok lain itu disebut sinkinetik. Adapun gerakan sinkinetik adalah ikut terangkatnya sudut mulut pada waktu mata ditutup dan fisura palpebra sisi yang pernah lumpuh menjadi sempit, pada waktu rahang bawah ditarik ke atas atau ke bawah, seperti sewaktu berbicara atau mengunyah. Dalam hal ini, di luar serangan spasme fasialis, sudut mulut sisi yang pernah lumpuh tampak lebih tinggi kedudukannya daripada sisi yang sehat. Oleh karena itu, banyak kekeliruan mengenai sisi yang memperlihatkan paresis fasialis, terutama jika klien yang pernah mengalami Bell's palsy kemudian memperoleh 'stroke'.

Saraf otak yang paling sering rusak atau putus karena trauma kapitis adalah saraf olfaktorius, kemudian saraf fasialis. Lesi traumatis tersebut hampir selamanya mengenai kanals fasialis, yaitu fraktur tulang temporal, yang tidak selalu dapat diperlihatkan oleh foto rontgen. Perdarahan dan likuor mengiringi paresis fasialis perifer traumatis. Dengan auroskopi dapat dilihat adanya hematotimpani dengan atau tanpa terobeknya membran timpani. Pada leukemia, paresis fasialis biasanya timbul setelah klien mengeluh tentang lesu-letih dan demam yang bersifat hilang timbul dengan masa bebas demam selama beberapa minggu. Gejala-gejala dini tersebut sering berlangsung lama sebelum leukemia diketahui. Setelah pemeriksaan darah, leukemia dapat didentifikasi. Gejala-gejala yang mempercepat dilakukannya pemeriksaan darah adalah perdarahan, pernbengkakan kelenjar-kelenjar limfa dan splenohepatomegalia. Infiltrasi dan perdarahan dapat terjadi di susunan saraf dan tulang tengkorak.

Pada karsinoma nasofarings, paresis fasialis jarang menjadi manifestasi dini. Oleh karena lokasinya, karsinoma nasofaring menimbulkan sindrom penyumbatan tuba dengan tuli konduktif sebagai keluhan. Perluasan infiltratit karsinoma nasofaring berikutnya membangkitkan perdarahan dan penyumbatan jalan lintasan napas melalui hidung. Setelah itu, maka pada tahap berikutnya dapat timbul gangguan menelan dan kelumpuhan otot mata luar (paralisis okular). Tumor intrakranial yang paling sering menimbulkan paresis fasialis ialah tumor di sudut serebelopontin, yaitu neurinoma akustikus. Gejala dini tumor tersebut adalah tuli satu sisi yang bersifat tuli perceptif yang hampir selalu disertai tinnitus dan gangguan vestibular. Kemudian timbul gejala akibat gangguan terhadap traktus desendens saraf trigeminus yang dapat berupa hemihipestesia ipsilateral atau neuralgia trigeminus. Paresis fasialis yang dapat timbul pada tahap berikutnya jarang bersifat berat. Hal yang paling sering dijumpad adalah kombinasi paresis fasialis yang ringan sekali dengan "tic" fasialis.

E. Manifestasi Klinis

Berdasarkan letak lesi, manifestasi klinis Bell's palsy dapat berbeda. Bila lesi di foramen stylomastoid, dapat terjadi gangguan komplit yang menyebabkan paralisis semua otot ekspresi wajah. Saat menutup kelopak mata, kedua mata melakukan rotasi ke atas (Bell's phenomenon). Selain itu, mata dapat terasa berair karena aliran air mata ke sakus laktimalis yang dibantu musculus orbicularis okuli terganggu. Manifestasi komplit lainnya ditunjukkan dengan makanan yang tersimpan antara gigi dan pipi akibat gangguan gerakan wajah dan air liur keluar dari sudut mulut. Lesi di kanalis fasialis (di atas persimpangan dengan korda timpani tetapi di bawah ganglion genikulatum) akan menunjuk semua gejala seperti lesi di foramen stylomastoid ditambah pengecapan menghilang pada dua per tiga anterior lidah pada sisi yang sama. Bila lesi terdapat di saraf yang menuju ke musculus stapedius dapat terjadi hiperacusis (sensitivitas nyeri terhadap suara keras). Selain itu, lesi pada ganglion genikulatum akan menimbulkan laktimasi dan berkurangnya salivasi serta dapat melibatkan saraf kedelapan. (Smeltzer dan Bare, 2002).

F. Komplikasi

Bell's Palsy dapat menimbulkan sejumlah komplikasi, diantaranya:

1. Kerusakan saraf wajah permanen.
2. Gerakan otot yang muncul tidak disengaja atau tanpa perintah.
3. Luka pada kornea mata (ulkus kornea).
4. Kehilangan kemampuan mengecap rasa.

G. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien. Pada klien Bell's palsy biasanya didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal.

2. B1 (BREATHING)

Bila tidak ada penyakit lain yang menyertai pemeriksaan inspeksi didapatkan klien tidak batuk, tidak sesak napas, tidak ada penggunaan otot bantu napas, dan frekuensi pernapasan dalam batas normal. Palpasi biasanya taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Perkusi didapatkan resonan pada seluruh lapangan paru. Auskultasi tidak terdengar bunyi napas tambahan.

3. B2 (BLOOD)

Bila tidak ada penyakit lain yang menyertai pemeriksaan nadi dengan frekuensi dan irama yang normal. TD dalam batas normal dan tidak terdengar bunyi jantung tambahan.

4. B3 (BRAIN)

Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

5. Tingkat Kesadaran

Pada Bell's palsy biasanya kesadaran klien comatos mentis.

6. Fungi Serebri

Status mental: observasi penampilan klien dan tingkah lakunya, nilai gaya bicara klien, observasi ekspresi wajah, dan aktivitas motorik yang pada klien Bell's palsy biasanya status mental klien mengalami perubahan.

7. Pemeriksaan Saraf Kranial

- **Saraf I.** Biasanya pada klien Bell's palsy tidak ada kelainan dan fungsi penciuman tidak ada kelainan.
- **Saraf II.** Tes ketajaman penglihatan pada kondisi normal.
- **Saraf III, IV, dan VI.** Penurunan gerakan kelopak mata pada sisi yang sakit (lagoftalmos). **Saraf V.** Kelumpuhan seluruh otot wajah sesisi, lipatan nasolabial pada sisi kelumpuhan mendatar, adanya gerakan sinkinetik.
- **Saraf VII.** Berkurangnya ketajaman penggecapan, mungkin sekali edema nervus fasialis di tingkat foramen stilemastoideus melas sampai bagian nervus fasialis, di mana khorda timpani menggabungkan diri padanya.
- **Saraf VIII.** Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- **Saraf IX dan X.** Paralisis otot orofaring, kesukaran berbicara, mengunyah, dan menelan. Kemampuan menelan kurang baik, sehingga mengganggu pemenuhan nutrisi via oral.
- **Saraf XI.** Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius. Kemampuan mobilisasi leher baik.
- **Saraf XII.** Lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikulasi, Indra penggecapan mengalami kelumpuhan dan penggecapan pada 2/3 lidah sis kelumpuhan kurang tajam.

8. Sistem Motorik

Bila tidak melibatkan disfungsi neurologis lain, kekuatan otot normal, kontrol keseimbangan dan koordinasi pada Bell's palsy tidak ada kelainan.

9. Pemeriksaan Refleks

Pemeriksaan refleks dalam, pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleks pada respons normal.

10. Gerakan Involunter

Tidak ditemukan adanya tremor, kejang, dan distonia. Pada beberapa keadaan seiring ditemukan Tic fasialis.

11. Sistem Sensorik

Kemampuan penilaian sensorik raba, nyeri, dan suhu tidak ada kelainan.

12. B4 (BLADDER)

Pemeriksaan pada sistem perkemihan biasanya didaparkan berkurangnya volume haluan urine, hal ini berhubungan dengan penurunan perfusi dan penurunan curah jantung ke ginjal.

13. B5 (BOWEL)

Mual sampai muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung. Pemenuhan nutrisi pada klien Bell's palsy menurun karena anoreksia dan kelemahan otot-otot pengunyah sera gangguan proses menelan menyebabkan pemenuhan via oral menjadi berkurang.

14. B6 (BONE)

Penuruman kekuatan otot dan penurunan tingkat kesadaran menurunkan mobilitas klien secara umum. Dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari klien lebih banyak dibantu oleh orang lain.

H. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan adalah untuk mempertahankan tons otot wajah dan untuk mencegah atau meminimalkan denervasi. Klien harus diyakinkan bahwa keadaan yang terjadi bukan stroke dan pulih dengan spontan dalam 3-5 minggu pada kebanyakan klien. Terapi kortikosteroid (Prednison) dapat diberikan untuk menurunkan radang dan edema, yang pada gilirannya mengurangi kompresi vaskular dan memungkinkan perbaikan sirkulasi darah ke saraf tersebut. Pemberian awal terapi kortikosteroid ditujukan untuk mengurangi penyakit semakin berat, mengurangi nyeri, dan membantu mencegah atau meminimalkan denervasi.

Nyeri wajah dikontrol dengan analgesik. Kompres panas pada sisi wajah yang sakit dapat diberikan untuk meningkatkan kenyamanan dan aliran darah sampai ke otot tersebut.

Stimulasi listrik dapat diberikan untuk mencegah otot wajah menjadi atrofi. Walaupun banyak klien pulih dengan pengobatan konservatif, namun eksplorasi pembedahan pada saraf wajah dapat dilakukan pada klien yang cenderung mempanai rumor atan untuk dekompreksi saraf wajah melalui pembedahan dan pembedahan untuk merchabilitasi keadaan paralisis wajah.

Pendidikan Klien. Mata harus dilindungi karena paralisis lanjut dapat menyerang mata. Sering kali, mata klien tidak dapat menutup dengan sempurna, dan refleks berkedip terbatas sehingga mata mudah diserang binatang kecil dan benda-benda asing. Iritasi kornea dan luka adalah komplikasi potensial pada klien ini. Kadang-kadang keadaan ini mengakibatkan keluarnya air mata yang berlebihan (epifora) karena keratitis yang disebabkan oleh kornea kering dan tidak adanya refleks berkedip. Penutup mata bagian bawah menjadi lemah akibat pengeluaran air mata. Untuk menangani masalah ini, mata harus ditutup dengan melindunginya dari cahaya silau pada malam hari. Potongan mata dapat merusak kornea, meskipun

hal ini juga disebabkan beberapa kesukaran dalam mempertahankan mata tertutup akibat paralisis parsial. Benda-benda yang dapat digunakan pada mata pada saat tidur dapat diletakkan di atas mata agar kelopak mata menempel satu dengan yang lainnya dan tetap tertutup selama tidur.

Klien diajarkan untuk menutup kelopak mata yang mengalami paralisis secara manual sebelum tidur. Gunakan penutup mata dengan kacamata hitam untuk menurunkan penguapan normal dari mata. Jika saraf tidak terlalu sensitif, wajah dapat dimasase beberapa kali sehari untuk mempertahankan tonus otot. Teknik untuk memasase wajah adalah dengan gerakan lembut ke atas. Latihan wajah seperti mengerutkan dahi, menggembungkan pipi ke luar, dan bersiul dapat dilakukan dengan menggunakan cermin dan dilakukan teratur untuk mencegah atrof otot. Hindari wajah terkena udara dingin.

I. Pengkajian

Pengkajian keperawatan klien dengan Bell's palsy meliputi anamnesis riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dan pengkajian psikososial.

1. Anamnesis

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien meminta pertolongan kesehatan adalah berhubungan dengan kelumpuhan otot wajah terjadi pada satu sisi.

2. Riwayat Penyakit Saat Ini

Faktor riwayat penyakit sangat penting diketahui karena untuk menunjang keluhan utama klien. Di sini harus ditanya dengan jelas tentang gejala yang timbul seperti kapan mulai serangan, sembuh, atau bertambah buruk. Pada pengkajian klien Bell's palsy biasanya didapatkan keluhan kelumpuhan otot wajah pada satu sisi.

Kelumpuhan fasialis ini melibatkan semua otot wajah sesisi. Bila dahi dikerutkan, lipatan kulit dahi hanya tampak pada sisi yang sehat saja. Bila klien disuruh memejamkan kedua matanya, maka pada sisi yang tidak sehat, kelopak mata tidak dapat menutupi bola mata dan berputarnya bola mata ke atas dapat disaksikan. Fenomena tersebut dikenal sebagai tanda Bell.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian penyakit yang pernah dialami klien yang memungkinkan adanya hubungan atau menjadi predisposisi keluhan sekarang meliputi pernahkah klien mengalami penyakit iskemia vaskular, otitis media, tumor intrakranial, trauma kapitis, penyakit virus (herpes simpleks, herpes zoster), penyakit autoimun, atau kombinasi semua faktor ini. Pengkajian pemakaian obat-obatan yang sering digunakan klien, pengkajian kemana klien sudah meminta pertolongan dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk

memberikan tindakan selanjutnya.

4. Pengkajian Psiko-Sosio-Spiritual

Pengkajian psikologis klien Bell's palsy meliputi beberapa penilaian yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme coping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap kelumpuhan otot wajah sesisi dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga atau masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien, yaitu timbul ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh). Pengkajian mengenai mekanisme coping yang secara sadar biasa digunakan klien selama masa stres meliputi kemampuan klien untuk mendiskusikan masalah kesehatan saat ini yang telah diketahui dan perubahan perilaku akibat stres.

Karena klien harus menjalani rawat inap maka apakah keadaan ini memberi dampak pada status ekonomi klien, karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit. Perawat juga memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis yang akan terjadi pada gaya hidup individu. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri dari dua masalah, yaitu keterbatasan yang diakibatkan oleh defisit neurologis dalam hubungannya dengan peran sosial klien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologis di dalam sistem dukungan individu.

J. Diagnosis

1. Gangguan citra tubuh b.d perubahan struktur bentuk tubuh
2. Ansietas b.d krisis situasional.
3. Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

K. Intervensi

1. Promosi Citra Tubuh

- Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
- Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh
- Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial
- Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri
- Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah
- Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
- Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri
- Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan, dan penuaan
- Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, pembedahan)
- Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistik
- Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh
- Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh
- Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh
- Anjurkan menggunakan alat bantu (mis: pakaian, wig, kosmetik)
- Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis: kelompok sebaya)
- Latih fungsi tubuh yang dimiliki
- Latih peningkatan penampilan diri (mis: berdandan)
- Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

2. Promosi Koping

- Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan
- Identifikasi kemampuan yang dimiliki
- Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
- Identifikasi pemahaman proses penyakit
- Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
- Identifikasi metode penyelesaian masalah
- Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
- Diskusikan perubahan peran yang dialami
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
- Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
- Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
- Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- Berikan pilihan realistik mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
- Motivasi untuk menentukan harapan yang realistik
- Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan

- Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
- Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
- Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
- Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)
- Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
- Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
- Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
- Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Anjurkan keluarga terlibat
- Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
- Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
- Latih penggunaan Teknik relaksasi
- Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
- Latih mengembangkan penilaian obyektif

3. Reduksi Ansietas

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang
- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- Latih Teknik relaksasi
- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

4. Edukasi kesehatan

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya
- Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

L. Implementasi

Implementasi yang dilakukan adalah mencakup pelaksanaan dari intervensi manajemen Promosi Citra Tubuh, Promosi Koping, Reduksi Ansietas, Edukasi Kesehatan.

M. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keberhasilan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai.

Daftar Pustaka

- B. Battacaca, Fransiska. (2008). Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan. Jakarta : SelembaMedika
- Muttaqin, Arif. (2008). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan. Jakarta : SelembaMedika
- Muttaqin, Arif. (2011). Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinik. Jakarta Selatan: Selemba Medika
- Tarwoto, Dkk. (2007). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : Sagung Seto
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2017). Standar diagnosa Keperawatan Indonesia, Defenisi dan Indikator Diagnostik, Edisi I Cetakan III (Revisi). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018). Standar Interfensi Keperawatan Indonesia, Defenisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi I Cetakan II. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi I Cetakan II. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI

ASUHAN KEPERAWATAN

PADA PASIEN STROKE ISKEMIK

Muhammad Ardi, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B



ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK

Muhammad Ardi, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B

A. Pendahuluan (Prevalensi Atau Update Kejadian Kasus)

Stroke akut atau *brain attack* merupakan gangguan neurologis fokal akut di area vaskular akibat penyakit serebrovaskular yang mendasari. Di Amerika Serikat, setiap tahun terdapat 800.000 kasus baru stroke, terdapat kasus baru setiap 40 detik (Tadi & Lui, 2022). Seiring dengan bertambahnya usia populasi, diperkirakan insiden stroke meningkat menjadi 1 juta pertahun pada tahun 2050 (Sommers, 2019). Stroke merupakan penyebab kematian nomor lima dan merupakan penyebab kecacatan nomor satu. Stroke iskemik menyumbang 85% dari semua stroke akut (Tadi & Lui, 2022).

Di Indonesia, prevalensi stroke pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk usia 15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan 2.120.362 penderita (Kemenkes, 2022). Semakin bertambah umur, jumlah penderita semakin meningkat dengan prevalensi pada usia 55-64 tahun (32,4%), 65-74 tahun (45,3%) dan ≥ 75 (50,2%). Prevalensi stroke antara laki-laki dan perempuan hampir merata yaitu laki-laki (11,0%) dan perempuan (10,9%) (Kemenkes RI, 2018)

Pasien stroke iskemik memerlukan penanganan segera. Pengenalan dini, intervensi darurat stroke iskemik akut, dan penanganan di unit stroke secara signifikan mengurangi morbiditas dan mortalitas, meskipun tetap menjadi penyebab kecacatan jangka Panjang. Manajemen stroke menggunakan tim multidisiplin akan menghasilkan *outcome* yang lebih baik (Herpich & Rincon, 2020).

Berdasarkan laporan nasional Riskesdas 2018, pasien stroke yang rutin kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 39,4%, kadang-kadang 38,7% dan masih terdapat 21,9% yang tidak melakukan kontrol atau pemeriksaan ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2018). Data tersebut menunjukkan bahwa kontrol atau pemeriksaan ulang pasien stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan masih rendah. Tingginya prevalensi dan rendahnya pemeriksaan ulang yang dilakukan oleh pasien stroke perlu mendapatkan perhatian, mengingat stroke tidak hanya menimbulkan dampak fisik tetapi juga menimbulkan dampak psikologis, sosial dan ekonomi.

B. Definisi

Stroke iskemik adalah gangguan neurologis fokal yang terjadi secara tiba-tiba, progresif dan cepat akibat oklusipembuluh darah karena thrombosis atau embolisme yang menimbulkan gejala kelumpuhan satu sisi wajah atau anggota

badan, bicara tidak jelas, gangguan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain (Campbell et al., 2019; Kemenkes RI, 2018; Sommers, 2019).

C. Etiologi

Trombosis, embolisme, dan perdarahan adalah penyebab utama stroke iskemik. Faktor risiko meliputi hipertensi, merokok, diabetes melitus, *sleep apnea*, gagal jantung, miokarditis, endokarditis, disritmia jantung dan riwayat keluarga (Sommers, 2019).

Menurut Campbell et al., (2019), penyebab stroke iskemik meliputi penyebab arterial dan cardiak.

1. Penyebab Arterial

a) Aterosklerosis

Salah satu penyebab tersering stroke iskemik adalah emboli pembuluh darah otak yang berasal dari plak aterosklerosis. Pada pasien dengan aterosklerosis, trombus dapat terbentuk ketika inti lipid dari plak aterosklerotik terkena aliran darah, yang dapat disebabkan oleh peradangan dan ulserasi plak fibrosa. Emboli dapat berasal dari plak aterosklerosis di arkus aorta, karotis atau pembuluh darah intrakranial (Campbell et al., 2019). Aterosklerosis arteri karotis terjadi pada sekitar 10-15% kasus. Sebagian besar terjadi pada bifurkasi karotis lebih sering pada bagian distal dan proksimal arteri karotis. Prevalensi meningkat seiring bertambahnya usia dan lebih sering pada laki-laki dibandingkan perempuan (Bonati et al., 2021).

b) Gangguan pembuluh darah kecil

Gangguan ini mempengaruhi arteri yang lebih kecil dan arteriol yang ada di otak. Oklusi pembuluh darah kecil menimbulkan stroke lacunar akibat lipohyalinosis dan hipertensi. Hipertensi merupakan kontributor terbesar. Lesi pada pembuluh darah kecil yang ditemukan dari pemeriksaan CT atau MRI menyebabkan 25% stroke iskemik (Wardlaw et al., 2021).

c) Diseksi arteri

Diseksi atau robekan pada lapisan intimal arteri dengan trombus intramural merupakan penyebab stroke pada usia muda. Sebagian besar diseksi yang menyebabkan stroke iskemik berada di arteri karotis dan vertebra ekstakranial yang dapat menyumbat arteri dilokasi diseksi atau menyebabkan pembentukan trombus dan emboli di bagian distal. Penyebab diseksi dapat berupa trauma servikal, batuk kuat atau bersin dan pembedahan (Campbell et al., 2019).

d) Vaskulitis serebral

Vaskulitis serebral jarang terjadi, namun bisa merupakan manifestasi dari vaskulitis sistemik. Pada kondisi tersebut, dinding pembuluh darah mengalami inflamasi menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah dan

tromboemboli yang dapat menimbulkan stroke iskemik dan kadang-kadang stroke hemoragik (Campbell et al., 2019).

e) Sindrom vasokonstriksi vascular reversibel

Sindrom ini muncul dengan sakit kepala berulang dengan onset tiba-tiba dan dapat menyebabkan stroke iskemik, perdarahan intraserebral atau perdarahan subarachnoid fokal akibat vasospasme dan disregulasi vascular. Etiologi yang tepat tidak diketahui dan vasospasme mungkin tidak ada pada awal pencitraan (Campbell et al., 2019).

2. Penyebab kardiak

a) Atrial fibrilasi

Atrial fibrilasi dan flutter memungkinkan darah stagnan terutama di atrium kiri yang dapat menimbulkan thrombosis dan selanjutnya emboli ke sirkulasi serebral atau sistemik berisiko mengalami stroke kardioemboli. Prevalensi atrial fibrilasi meningkat pada populasi lansia dan obesitas. Faktor risiko lain hipertensi kronis, penyakit jantung iskemik, penyakit katup, diabetes melitus, hipertiroidisme, mengkonsumsi alkohol berlebihan, dan sleep apnea obstruktif (Campbell et al., 2019).

b) Foramen oval paten

Stroke akibat foramen oval paten dapat terjadi melalui beberapa mekanisme seperti emboli, pembentukan thrombus dan arritmogenesis. Faktor risiko utama yang berhubungan dengan stroke akibat foramen oval paten adalah usia muda, ukuran foramen oval, derajat shunt kanan ke kiri, morfologi foramen oval, adanya aneurisma septum atrium, ketidakseimbangan system koagulasi-antikoagulasi intrinsik, dan adanya gangguan atrium lainnya (Ioannidis & Mitsias, 2020).

c) Endokarditis infeksi

Endokarditis dapat berupa endocarditis akut dan sub akut serta endocarditis non bakteri yang disebabkan oleh jamur, virus dan mikrorganisme lainnya (Gupta & Mendez, 2022). Endokarditis bakteri menyebabkan emboli septik di otak, menyebabkan stroke iskemik. Selain meningkatkan risiko stroke, endocarditis bakteri menyulitkan pengobatan stroke sehingga meningkatkan risiko perdarahan setelah trombolisis karena melemahnya dinding pembuluh darah akibat arteritis septik (Campbell et al., 2019).

d) Segmen hipokinetik dengan thrombus mural

Hipokinesis segmental di jantung terjadi setelah infark miokard yang menjadi predisposisi stroke kardioemboli. Hipokinesis memungkinkan pembentukan thrombus mural yaitu trombus yang menempel di dinding pembuluh darah atau jantung, yang dapat menimbulkan emboli dan menyebabkan stroke iskemik. Ejeksi fraksi yang kurang pada individu yang

mengalami kardiomiopati dilatasi juga berisiko stroke iskemik kardioembolik (Campbell et al., 2019).

e) Gangguan hematologi

Gangguan hematologi merupakan penyebab stroke iskemik yang jarang. Gangguan ini menyebabkan pembekuan di vena serebral yang dikenal dengan thrombosis vena serebral. Trombositosis, polisitemia vera (peningkatan jumlah sel darah merah dan viskositas darah), sindrom antifosfolipid merupakan gangguan hematologis yang menjadi predisposisi pembentukan trombus (Campbell et al., 2019).

D. Patofisiologi

Aterosklerosis merupakan patologi dasar yang paling sering dan mengarah pada pembentukan plak aterotrombotik sekunder akibat penumpukan kolesterol *low-density lipoprotein* (LDL) di arteri yang memperdarahi otak. Plak ini dapat menimbulkan oklusi atau mengurangi diameter pembuluh darah di servikal atau intrakranial yang menyebabkan iskemik. Plak ini juga bisa mengalami ruptur. Rupturnya plak menyebabkan kristal kolesterol menarik fibrin dan trombosit. Pelepasan emboli kaya fibrin-platelet menyebabkan stroke di bagian arteri distal melalui mekanisme emboli arteri ke arteri (Tadi & Lui, 2022).

Ketika arteri intrakranial mengalami oklusi, aliran darah alternatif atau kolateral dapat mempertahankan kelangsungan hidup area penumbra dalam jangka waktu tertentu. Sirkulus Willisi merupakan salah satu sumber potensial aliran kolateral tetapi sering tidak lengkap dan sering terjadi oklusi membatasi aktivitasnya untuk aliran kompensasi. Aliran darah kolateral Sebagian besar pasien adalah melalui anastomosis leptomeningeal. Aliran darah kolateral yang buruk menyebabkan perkembangan infark yang cepat (Campbell et al., 2019).

Infark atau kematian jaringan otak pada stroke iskemik menyebabkan kerusakan neuron yang irreversibel. Saat terjadi iskemik, neuron dapat mempertahankan gradien ion transmembran normal dan homeostasis. Kondisi ini akan memicu beberapa proses yang menyebabkan kematian sel, seperti eksitotoksitas, stres oksidatif dan nitrat, peradangan, dan apoptosis. Proses ini merusak neuron, glial, dan sel endotel (Su et al., 2022).

E. Manifestasi Klinis

Manifestasi defisit neurologis berdasarkan lokasi stroke:

1. Arteri serebri media

Pasien mengalami hemiparesis dan hipestesia kontralateral (kelemahan lengan dan wajah lebih banyak dari pada ekstremitas bawah), hemianopsia ipsilateral, afasia reseptif atau ekspresif atau ekspresif jika hemisfer dominan yang terkena, agnosia, kurang perhatian dan *neglec* (pengabaian) (Tadi & Lui, 2022).

2. Arteri serebri posterior

Pasien mengalami gangguan lapang pandang, gangguan sensorik, kesulitan membaca (disleksia), koma, kebutaan kortikal akibat iskemik di daerah oksipital, paralisis (jarang) (Sommers, 2019).

3. Arteri vertebral atau basilar

Pasien mengalami mati rasa di sekitar bibir dan mulut, pusing, kelemahan disisi yang terkena, gangguan penglihatan (buta warna, persepsi menurun, diplopia), gangguan kordinasi, gangguan menelan, bicara cadel, amnesia, dan ataksia (Sommers, 2019).

4. Arteri serebri anterior

Pasien dapat berbicara tapi ada perasaan ragu, perubahan status mental, defisit sensorik kontralateral, kelemahan kontralateral lebih berat pada tungkai dibanding lengan, inkontinensia urine dan apraksia (Tadi & Lui, 2022).

F. Komplikasi

Komplikasi stroke termasuk tekanan darah tidak stabil, pneumonia, kontraktur, emboli paru, nyeri, gangguan sensorik dan motorik, gangguan bicara, gangguan memori, gangguan kognitif, emosi labil, infeksi (ensefalitis), edema serebral, koma, dan kematian (Sommers, 2019). Infark serebellar dapat menimbulkan edema yang menekan ventrikel keempat menyebabkan hidrosefalus atau menekan batang otak menyebabkan koma dan kematian. Akibat immobilisasi, pasien stroke iskemik berisiko mengalami thrombosis vena dalam dan emboli paru (Campbell et al., 2019).

G. Pemeriksaan Penunjang

1. Computed Tomografi (CT)

Computed Tomografi (CT) scan tanpa kontras sangat diperlukan dalam mengevaluasi pasien stroke fase akut. Tanda awal infark atau oklusi arteri dapat diamati pada jam pertama setelah stroke (60% kasus dalam waktu 2 jam sejak muncul gejala). Tanda hiperdense pada area yang diperdarahi arteri serebri media menunjukkan adanya trombus atau embolus. Hipodensitas di ganglia basal, hilangnya perbedaan materi putih (*white matter*) dan materi abu-abu (*gray matter*), penipisan korteks insular dan girus kortikal merupakan tanda awal iskemia (Spiotta & Crosa, 2019).

2. Magnetic Resonance Imaging

Magnetic Resonance Imaging (MRI) dapat menilai karakteristik struktural dan fungsional jaringan otak termasuk difusi, perfusi dan urutan MRI berbasis T2. MRI difusi menilai gerakan molekul air dari kompartemen ekstraseluler ke intraseluler dan merupakan pencitraan yang paling sensitif untuk mendeteksi iskemik akut. MRI difusi menjadi abnormal dalam beberapa menit setelah stroke

iskemik dan daerah perbatasan difusi jarang kembali ke gambaran radiologis yang normal. Selama beberapa jam berikutnya cedera pada sawar darah otak menimbulkan edema ionik dan vasogenik yang dapat terlihat pada urutan MRI berbasis T2 (Campbell et al., 2019). MRI dapat menentukan ukuran dan lokasi infark (Tadi & Lui, 2022).

3. *Carotid duplex scanning*

Carotid duplex scanning dilakukan pada pasien stroke iskemik yang dicurigai mengalami stenosis atau oklusi arteri (Sommers, 2019).

4. *Transcranial Doppler ultrasound*

Transcranial Doppler ultrasound digunakan untuk mengevaluasi arteri serebri media, karotis intrakranial, dan arteri vertebrobasilar (Sommers, 2019).

5. *Echocardiografi*

Sekitar 60-90% pasien stroke iskemik akut mengalami perubahan elektrokardiografi. Ciri umum meliputi inversi gelombang T, ST depresi, interval QT memanjang dan gelombang U. Atrium fibrilasi, takikardia supraventricular, denyut ektopik ventrikuler, takikardia ventrikular dan sinus takikardia merupakan aritmia yang paling sering. Gangguan konduksi biasanya disertai dengan hemodinamik tidak stabil yang berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas (Battaglini et al., 2020).

6. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk menentukan kesehatan dasar pasien dan memberikan petunjuk penyebab stroke. Beberapa pemeriksaan laboratorium dasar seperti metabolik, darah lengkap, profil lipid, HbA1c, Blood Ureum Nitrogen (BUN), kreatinin, dan laju filtrasi glomerulus. Pemeriksaan glukosa darah, trombosit, *prothrombin time*, *activated partial thromboplastin time* diperlukan untuk menentukan apakah pasien perlu dilakukan trombolisis. Pasien yang lebih muda dengan gejala stroke perlu dilakukan pemeriksaan koagulasi, Rheumatoid Factor (RF), antibody antinuclear dan penanda lain untuk vasculitis (Tadi & Lui, 2022).

H. Penatalaksanaan

Reperfusi dengan trombolisis dan trombektomi pada pasien stroke iskemik akut adalah kunci untuk memulihkan aliran darah dan meningkatkan *outcome* pasien. Namun, pemulihan darah pada pasien dengan stroke iskemik akut dapat menyebabkan cedera reperfusi sekunder. Pasokan oksigen dapat menyebabkan overaktivasi enzim dan pompa yang sebelumnya dihambat oleh defisiensi ATP yang diinduksi iskemia, sehingga menghasilkan peningkatan produksi *reactive oxygen species* (ROS) dan mengubah homeostasis kalsium di sitoplasma dan mitokondria. Pergantian seperti itu dapat menyebabkan kerusakan DNA mitokondria dan

mempromosikan pembukaan *mitochondrial permeability transition pore* (mPTP), yang memicu apoptosis dan menyebabkan kematian sel (Shen et al., 2021).

1. Trombolisis

Tersedia dua obat utama untuk trombolisis yaitu alteplase dan Tenecteplase. Alteplase merupakan salah satu bentuk rekombinan dari *tissue plasminogen activator* (tPA), akan memecah plasminogen pada permukaan trombi untuk membentuk plasmin yang merupakan enzim fibrinolitik endogen yang kuat. Plasmin akan mendegradasi fibrin dan melarutkan thrombus. Plasmin dengan cepat di non aktifkan antiplasmin sehingga memiliki waktu paruh yang pendek. Oleh karena alteplase diberikan secara bolus di awal dilanjutkan dengan infus 1 jam (Campbell et al., 2019). rtPA intravena (alteplase) terbukti meningkatkan hasil fungsional pada pasien stroke iskemik akut hingga 4,5 jam setelah timbulnya gejala stroke (Hurford et al., 2020).

2. Trombektomi

Trombektomi merupakan prosedur intervensi untuk menghilangkan bekuan darah atau thrombus menggunakan panduan gambar dan perangkat endovascular. Tindakan ini sering digunakan pada pasien stroke iskemik akut, meskipun juga merupakan prosedur yang digunakan untuk menghilangkan bekuan di infark miokard akut dan emboli paru (Campbell et al., 2019).

Selain terapi reperfusi, terapi lain pada pasien stroke iskemik adalah terapi antiplatelet. Aspirin yang diberikan dalam 48 jam di fase akut mengurangi risiko stroke berulang. Meskipun manfaatnya lebih kecil dibandingkan dengan terapi reperfusi, terapi ini dapat diterapkan secara luas dan murah. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dimulai dalam 12 jam pada pasien stroke ringan dan *transient ischemic attack* (TIA) dilanjutkan selama 3 minggu mengurangi kejadian stroke berulang pada pasien yang berisiko tinggi (Campbell et al., 2019).

I. Pengkajian

1. Anamnesis

Pastikan apakah pasien memiliki salah satu kondisi berikut: hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterol, merokok, penyakit jantung, gagal jantung dan atrial fibrilasi. Apakah pasien mengalami sakit kepala dan menggunakan kontrasepsi oral. Kaji Riwayat deficit neurologis seperti tidak mengenal benda dengan stimulasi sensorik (agnosia), tidak mampu memahami bahasa atau tidak mampu berbicara (afasia), gangguan artikulasi saat berbicara (disartria), atau bentuk gangguan bicara lainnya (disfasia). Apakah pasien kehilangan kemampuan untuk memahami kata-kata tertulis (aleksia), membaca tulisan (disleksia) atau menulis (agrafia). Kaji riwayat gangguan penglihatan seperti penglihatan ganda (diplopia), kebutaan disi kanan atau kiri bidang visual kedua

mata (hemianopia homonym), kurangnya persepsi warna, buram disisi terkena atau mengalami kebutaan (Sommers, 2019).

2. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik akan bervariasi tergantung lokasi stroke. Umumnya pasien mengalami perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan bicara, gangguan motoric, gangguan sensorik, kelemahan, mulut mencong, dan mati rasa. Jika pasien tidak sadarkan diri, pastikan status jalan napas dan tingkat kesadaran. Jika pasien sadar, kemungkinan mengalami TIAs atau stroke *in evolution*. Tentukan tingkat orientasi; kemampuan menjawab pertanyaan fungsi intelektual; kemampuan berbicara, mendengar dan melihat. Lakukan sentuhan ringan dan minta pasien mengidentifikasi lokasi, berikan tekanan kuat pada berbagai bagian tubuh dan perhatikan respon pasien. Periksa sensasi pada kedua sisi tubuh dan bandingkan responnya (Sommers, 2019).

Lakukan penilaian untuk menentukan pemahaman terhadap perintah dan kesesuaian respon verbal dan nonverbal. Pada stroke hemisfer kiri, ada kemungkinan kehilangan kemampuan Bahasa meskipun ingatan masih utuh. Pada stroke hemisfer kanan, pasien sering bingung dan disorientasi tetapi kemampuan berbicara tetap ada. Periksa hemiplegia atau hemiparesis dan kekuatan otot, cara berjalan, dan keseimbangan. Kaji saraf kranial V, VII, IX, X, dan XII untuk pergerakan lidah, kemampuan mengunyah dan menelan, serta adanya refleks muntah. Kaji adanya hemianopia dan amati apakah melihat objek di kedua sisi bidang mid visual. Penilaian ini sulit dilakukan jika pasien mengalami disorientasi dan gangguan memahami bahasa (afasia reseptif). Berikan pasien garpu pada bagian sisi yang sakit dan minta pasien mengambil garpu dan memberi tahu benda yang dipegang (Sommers, 2019).

Pemeriksaan psikologis pasien stroke iskemik, pada tahap awal banyak pasien mengalami keputusasaan dan frustrasi saat mencoba mengkomunikasikan kebutuhan mereka. Ketidakmampuan berkomunikasi menyebabkan depresi berat (Sommers, 2019).

Gangguan emosional dapat menimbulkan penampilan klinis yang rumit dan respon yang buruk terhadap pengobatan. Gangguan emosional mempengaruhi pemulihat defisit motorik dan kognitif pada pasien stroke. Ansietas umum terjadi pada pasien stroke dan secara signifikan berhubungan dengan status sosial ekonomi, buta huruf dan depresi (Patel et al., 2018).

J. Diagnosis

Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien stroke iskemik ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif yang mendukung. Berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), diagnosis keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien stroke iskemik yaitu:

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral akibat stroke iskemik d.d sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun, respon pupil melambat atau tidak sama, refleks neurologis terganggu.
2. Risiko aspirasi d.d gangguan menelan, disfagia, terpasang selang nasogastric.
3. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d aterosklerosis aorta, aneurisma serebral, embolisme, hipercolesterolemia, hipertensi.
4. Gangguan menelan b.d mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut.
5. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun.
6. Gangguan memori b.d gangguan sirkulasi ke otak d.d melaporkan pernah mengalami pengalaman lupa, tidak mampu mempelajari keterampilan baru, tidak mampu mengingat informasi faktual, tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan, tidak mampu mengingat peristiwa, tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya.
7. Konfusi akut b.d delirium, demensia, usia lebih 60 tahun d.d kurang motivasi untuk memulai/menyelesaikan perilaku berorientasi tujuan, kurang motivasi untuk memulai/menyelesaikan perilaku terarah, fluktuasi fungsi kognitif, fluktuasi tingkat kesadaran, fluktuasi aktivitas psikomotorik.
8. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskular d.d tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai.
9. Ansietas b.d krisis situasional, kurang terpapar informasi d.d merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dialami, sulit berkonsentrasi, gelisah, tegang, sulit tidur.
10. Risiko luka tekan d.d penurunan mobilisasi, imobilisasi fisik.

K. Intervensi

1. Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Intervensi utama penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada pasien stroke iskemik adalah manajemen peningkatan tekanan intracranial. Manajemen peningkatan tekanan intracranial adalah mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial dengan tindakan observasi, terapeutik dan kolaborasi. Tindakan observasi dapat berupa identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial, monitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial, monitor Mean Arterial Pressure (MAP), monitor Intra Cranial Pressure (ICP), monitor Cerebral Perfusion Pressure (CPP), monitor status pernapasan dan monitor untake dan output cairan. Intervensi terapeutik dengan cara meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, hindari manuever valsava, cegah kejang dan pertahankan suhu tubuh normal. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis dan pelunak feses jika perlu (PPNI, 2018).

2. Pencegahan aspirasi

Intervensi utama risiko aspirasi adalah pencegahan aspirasi yaitu mengidentifikasi dan mengurangi risiko masuknya partikel makanan/cairan ke dalam paru-paru. Tindakan observasi dapat berupa monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan; monitor status pernapasan; monitor bunyi napas setelah makan dan minum; periksa residu sebelum memberi asupan oral; periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral. Tindakan terapeutik berupa posisi semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum makan dan pertahankan posisi ini pada pasien tidak sadar. Sediakan suction dan lakukan *suction* jika sekret meningkat, hindari memberi makan melalui NGT jika residu banyak, dan berikan makanan dalam ukuran kecil atau lunak (PPNI, 2018). Penggunaan Domperidone 10 mg/hari signifikan mengurangi disfagia, mual, muntah, dan aspirasi pneumonia pada stroke iskemik akut (Allami et al., 2022).

3. Manajemen peningkatan tekanan intracranial

Intervensi utama risiko perfusi serebral tidak efektif adalah manajemen peningkatan tekanan intrakranial seperti yang dijelaskan di intervensi penurunan kapasitas adaptif intrakranial. Saat merencanakan tindakan, perawat dapat memilih intervensi yang lain seperti pemantauan tekanan intrakranial yaitu mengumpulkan dan menganalisis data terkait regulasi tekanan di dalam ruang intrakranial (PPNI, 2018).

4. Dukungan perawatan diri makan/minum

Intervensi gangguan menelan, selain difokuskan pada intervensi pencegahan aspirasi seperti yang dijelaskan pada intervensi utama risiko aspirasi, kita dapat melengkapi intervensi dengan menambahkan intervensi utama yang lain yaitu dukungan perawatan diri makan/minum. Dukungan

perawatan diri makan/minum adalah memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan/minum dapat berupa identifikasi diet yang dianjurkan, monitor kemampuan menelan, monitor status hidrasi jika perlu, atur posisi yang nyaman untuk makan, lakukan oral hygiene sebelum makan, letakkan makanan disisi mata yang sehat, berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian (PPNI, 2018).

5. Dukungan mobilisasi

Salah satu intervensi utama gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi. Dukungan mobilisasi adalah memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. Tindakan observasi meliputi monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Tindakan terapeutik fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Tindakan edukasi yaitu jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi (PPNI, 2018).

6. Latihan memori dan orientasi realita

Intervensi utama gangguan memori adalah latihan memori dan orientasi realita. Latihan memori yaitu mengajarkan kemampuan untuk meningkatkan daya ingat. Tindakan observasi meliputi identifikasi masalah memori yang dialami, monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi. Tindakan terapeutik berupastimulasi memori, fasilitasi mengingat kembali masa lalu, fasilitasi kemampuan konsentrasi dan stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi. Ajarkan teknik memori yang tepat dan rujuk pada terapi okupasi jika perlu (PPNI, 2018).

Orientasi realita dilakukan untuk meningkatkan kesadaran terhadap identitas diri, waktu, dan lingkungan. Tindakan observasi meliputi monitor perubahan orientasi, perubahan kognitif dan perilaku. Intervensi terapeutik dengan memperkenalkan nama saat memulai interaksi; orientasikan orang, tempat dan waktu; hadirkan realita; sediakan lingkungan dan rutinitas secara konsisten; atur stimulus sensorik dan lingkungan; dan gunakan simbol dalam mengorientasikan lingkungan (misalnya tanda, gambar, warna). Edukasi berupa anjuran perawatan diri secara madiri dan penggunaan alat bantu serta ajarkan keluarga dalam perawatan orientasi realita (PPNI, 2018).

7. Manajemen delirium

Intervensi utama konfusi akut adalah manajemen delirium. Tindakan observasi meliputi identifikasi faktor risiko delirium, identifikasi tipe delirium, monitor status neurologis dan tingkat delirium. Tindakan terapeutik berikan pencahayaan yang baik; hindari stimulus sensorik berlebihan; lakukan reorientasi; sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten; berikan informasi baru secara perlahan, sedikit demi sedikit, dan diulang-ulang.

Tindakan edukasi: anjurkan penggunaan alat bantu sensorik dan kunjungan keluarga, jika perlu. Kolaborasi pemberian obat antiansietas atau agitasi, jika perlu (PPNI, 2018).

8. Promosi komunikasi: defisit bicara

Intervensi utama gangguan komunikasiverbal adalah promosi komunikasi: defisit bicara yaitu menggunakan teknik komunikasi tambahan pada pasien stroke yang mengalami gangguan bicara. Tindakan observasi berupa monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara; monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara; identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi. Intervensi terapeutik yaitu gunakan metode komunikasi alternatif, sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, berikan dukungan psikologis. Edukasi berupa ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara. Tindakan kolaborasi yaitu rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis (PPNI, 2018).

9. Reduksi ansietas

Salah satu intervensi utama untuk ansietas adalah reduksi ansietas. Tindakan observasi reduksi ansietas yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah, monitor tanda-tanda ansietas. Tindakan terapeutik: pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, dan diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang. Edukasi: jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami; anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien; anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi; latih teknik relaksasi. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu (PPNI, 2018).

10. Pencegahan luka tekan

Salah satu intervensi utama risiko luka tekan adalah pencegahan luka tekan yaitu mengidentifikasi dan mengurangi risiko kematian jaringan akibat penekanan atau gesekan terus menerus. Tindakan observasi yaitu periksa luka tekan dengan menggunakan skala Norton atau Braden, monitor status kulit harian, monitor ketat area yang memerah, monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi, monitor sumber tekanan dan gesekan, monitor mobilitas dan aktivitas pasien. Tindakan terapeutik: keringkan daerah kulit yang lembab; gunakan lotion atau bantalan penyerap air; ubah posisi setiap 1-2 jam; berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang; jaga seprei tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan; pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori. Edukasi: ajarkan tanda-tanda kerusakan kulit, anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit, dan ajarkan cara merawat kulit (PPNI, 2018).

L. Implementasi

1. Manajemen peningkatan tekanan intrakranial, manajemen edema serebral

Salah satu penyebab meningkatnya tekanan intrakranial pada pasien stroke iskemik adalah edema serebral (PPNI, 2018). Manajemen edema serebral mencapai puncaknya pada 72-96 jam setelah stroke dan didiagnosis dengan CT-tanpa kontras. Perubahan status mental kehilangan kesadaran dan ukuran pupil dapat menjadi petunjuk. Pasien ditangani dengan mannitol, tetapi penggunaan kortikosteroid masih kontroversial. Pengaturan posisi, hipotermia, hiperventilasi dan terapi hyperosmolar cukup membantu pada sebagian besar pasien (Tadi & Lui, 2022).

2. Pencegahan aspirasi

Aspirasi pneumonia merupakan komplikasi yang paling sering pada stroke iskemik akibat disfagia atau kesulitan menelan (Campbell et al., 2019). Aspirasi pneumonia dicegah dengan menentukan kemampuan pasien untuk makan atau minum. Beberapa pasien mengalami kesulitan cairan, jadi berikan makanan lunak seperti sereal, saus apel, sup, atau bubur kentang (Sommers, 2019).

3. Manajemen peningkatan tekanan intracranial

Terapi hiperosmolar telah menjadi komponen inti dalam manajemen edema serebral dan hipertensi intrakranial, telah digunakan secara luas di unit neurokritikal. Terapi hyperosmolar dapat menurunkan tekanan intrakranial. Jenis cairan yang dapat digunakan yaitu saline hipertonik dan mannitol. Mannitol diberikan secara bolus dengan dosis 0.25–1.5 g/kg setiap 4–6 jam. Hasil survei online Neurocritical Care Society melaporkan bahwa 90% menggunakan agen hiperosmolar untuk hipertensi intracranial. Penggunaan saline hipertonik lebih disukai (54,9%) dan mannitol (45,1%). Berbagai pertimbangan fisiologis dan efek samping yang dilakukan oleh dokter saat memilih jenis terapi hyperosmolar buat pasien (Desai & Damani, 2021).

4. Dukungan perawatan diri makan/minum

Sekitar sepertiga (32,3%) dari 6000 pasien stroke iskemik mengalami disfagia setelah 7 hari onset dan sebagian besar pasien (80,5%) masih mengalami disfagia hingga pulang ke rumah. 30,5% pasien yang mengalami disfagia memerlukan pemasangan NGT (Ko et al., 2021). Pasien yang masih mampu makan melalui mulut, dilakukan pengaturan diet dengan memperhatikan konsistensi makanan, penyesuaian bolus makanan dan menggunakan Teknik seperti *chin-tuck*, *head-turn*, dan manuver supraglotik untuk membantu meminimalkan atau mencegah aspirasi serta memperkuat dan mengoordinasikan otot-otot yang terlibat saat menelan (Azer & Kshirsagar, 2022).

5. Dukungan mobilisasi

Hasil penelitian terhadap 104 pasien stroke iskemik, 51 pasien yang dilakukan *very early* mobilisasi setelah 12 jam terapi trombolisis, melaporkan

very early mobilisasi aman dilakukan, namun belum ada bukti manfaat jangka pendek. Waktu yang digunakan dalam mobilisasi dini yaitu 15 menit, dilakukan 2 kali sehari selama 7 hari atau hingga pasien pulang. Kegiatan dilakukan 3 set dengan 10 kali pengulangan yaitu: (pasien dengan posisi supine ditempat tidur, lutut ditekuk dan tangan di samping, diminta mengangkat pinggul menggunakan tangan dan kaki untuk menopang badan hingga badan kurang lebih dalam garis lurus dengan kaki kemudian perlahan diturunkan), duduk di tempat tidur dengan kaki menggantung, berdiri, ambulasi dan aktivitas fungsional untuk anggota gerak atas. 53 pasien yang mendapatkan perawatan rutin, tetap melakukan mobilisasi 24 jam setelah trombolisis dan mendapatkan perawatan rutin di unit stroke berupa mobilisasi aktif, pengaturan posisi di tempat tidur dengan benar, mobilisasi di tempat tidur, latihan duduk seimbang, aktivitas kontrol tungkai dan badan serta ambulasi selama 45 menit sehari selama 7 hari atau sampai pasien keluar dari rumah sakit (Anjos et al., 2022).

6. Latihan memori

Teknik memori yang dapat diajarkan pada pasien seperti imajinasi visual, perangkat mnemonik, permainan memori, isyarat memori, Teknik asosiasi, membuat daftar dan papan nama (PPNI, 2021). Pada percobaan individu menunjukkan bahwa kombinasi intervensi kognitif dan *exercise* memainkan peranan penting dalam kognisi global, kemampuan penalaran, pemikiran logis, dan fungsi memori visual-spasial. Hasil meta analisis menunjukkan bahwa kombinasi antara intervensi kognitif dan *exercise* memiliki pengaruh signifikat terhadap peningkatan poststroke cognitive impairment (PSCI) khususnya fungsi eksekutif (Sun et al., 2021).

7. Manajemen delirium

Belum ada terapi obat yang diidentifikasi terbukti mengurangi durasi delirium, sehingga pengobatan gangguan fisiologis yang mendasari adalah kunci penting. Intervensi lain harus dipertimbangkan untuk manajemen delirium seperti pengobatan penyebab yang mendasari, koreksi gangguan elektrolit, pertahankan siklus tidur bangun yang tepat, manajemen nyeri, atasi gangguan sensorik (pendengaran, penglihatan), dorong kunjungan keluarga dan reorientasi yang sering (Ali & Cascella, 2022).

8. Promosi komunikasi: defisit bicara

Beberapa rekomendasi pengkajian dan penanganan afasia, disartria, dan apraksia yaitu seluruh pasien yang mengalami gangguan serebral harus dilakukan screening deficit komunikasi; jika diduga mengalami defisit komunikasi harus dikaji oleh profesional yang berkualifikasi; pasien afasia harus menerima informasi tentang afasia, etiologi, dan pilihan terapi; perlu dilakukan pelatihan mitra komunikasi untuk meningkatkan kemampuan komunikasi; melibatkan keluarga dalam proses rehabilitasi; layanan sesuai dengan budaya dan relevan

secara personal; dan informasi mengenai afasia tersedia dalam format yang dapat diakses secara komunikatif (Palmer & Pauranik, 2021).

9. Reduksi ansietas

Latihan relaksasi meliputi terapi kognitif perilaku tentang informasi kecemasan dan depresi; bagaimana relaksasi dapat mengurangi stress; dan mempraktikkan teknik relaksasi seperti *mindful breathing*, visual imagery, dan relaksasi otot progresif; dan memberi kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan perasaannya dan bertanya efektif menurunkan kecemasan dan depresi pada pasien gangguan neurologi jangka panjang (Hampson et al., 2022). *Food massage + aromatherapy lavender* 3 kali per minggu selama 4 minggu meningkatkan kualitas tidur, perasaan bahagia dan menurunkan kelelahan pada pasien stroke (Aslan & Altin, 2022).

10. Pencegahan luka tekan

Dari 120 pasien stroke, 75,8% mengalami stroke iskemik. Pasien stroke mengalami luka tekan derajat 1 (1,7%), derajat 2 (1,7%), derajat 3 (2,5%), dan derajat 4 (2,5%). Sebagian besar pasien mengalami luka tekan pada daerah sakrum, pergelangan kaki dan bahu. Hal yang perlu ditingkatkan untuk mencegah luka tekan pada pasien stroke yaitu lakukan pengkajian risiko, penggunaan kasur antidekubitus, dan edukasi pada pasien tentang luka tekan (Farid et al., 2022)

M. Evaluasi

Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan luaran keperawatan dari diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Evaluasi pada pasien stroke iskemik yaitu kapasitas adaptif intracranial meningkat, tingkat aspirasi menurun, perfusi serebral meningkat, status menelan membaik, mobilitas fisik meningkat, memori meningkat, tingkat konfusi menurun, komunikasi verbal meningkat, tingkat ansietas menurun, dan integritas kulit dan jaringan meningat (PPNI, 2019).

Daftar Pustaka

- Ali, M., & Cascella, M. (2022). ICU Delirium. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Allami, A., Kianimajd, S., Mavandadi, S., & Paybast, S. (2022). Evaluation of domperidone efficacy to prevent aspiration pneumonia in patients with acute ischemic stroke: a randomized clinical trial. *Acta Neurologica Belgica*, 122(5), 1337–1342. <https://doi.org/10.1007/s13760-022-01925-0>
- Anjos, J. M., Neto, M. G., de Araújo Tapparelli, Y., Tse, G., Biondi-Zocca, G., de Souza Lima Bitar, Y., Roever, L., & Duraes, A. R. (2022). Efficacy and safety of very early mobilization after thrombolysis in acute ischemic stroke: a randomized clinical trial. *Journal of Neurology*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11411-5>
- Aslan, U. K. S., & Altın, S. (2022). Aromatherapy and foot massage on happiness, sleep quality, and fatigue levels in patients with stroke: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 54(July), 102164. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102164>
- Azer, S. A., & Kshirsagar, R. K. (2022). Dysphagia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Bonati, L. H., Kakkos, S., Berkefeld, J., de Borst, G. J., Bulbulia, R., Halliday, A., van Herzele, I., Koncar, I., McCabe, D. J. H., Lal, A., Ricco, J. B., Ringleb, P., Taylor-Rowan, M., & Eckstein, H. H. (2021). European Stroke Organisation guideline on endarterectomy and stenting for carotid artery stenosis. In *European Stroke Journal* (Vol. 6, Issue 2). <https://doi.org/10.1177/23969873211012121>
- Campbell, B. C. V., De Silva, D. A., Macleod, M. R., Coutts, S. B., Schwamm, L. H., Davis, S. M., & Donnan, G. A. (2019). Ischaemic stroke. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0118-8>
- Desai, A., & Damani, R. (2021). Hyperosmolar therapy: A century of treating cerebral edema. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 206(April), 106704. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2021.106704>
- Farid, J., Amin, R., Sheikh, M. A., Irfan, M., AlRuwaili, R., Alruwaili, M., Ali, N. H., Albarak, A. M., & Rahman, S. (2022). Prevalence and prediction of pressure ulcers in admitted stroke patients in a tertiary care hospital. *Journal of Tissue Viability*, July. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.07.010>
- Gupta, A., & Mendez, M. D. (2022). Endocarditis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Hampson, N., King, L., Eriksson, L. M., & Smee, H. (2020). The effects of relaxation training on depression and anxiety in people living with long-term neurological conditions. *Disability and Rehabilitation*, 42(15), 2100–2105. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1554009>
- Herpich, F., & Rincon, F. (2020). Management of Acute Ischemic Stroke. *Critical Care Medicine*, 48(11), 1654–1663. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004597>

- Hurford, R., Sekhar, A., Hughes, T. A. T., & Muir, K. W. (2020). Diagnosis and management of acute ischaemic stroke. *Practical Neurology*, 20(4), 306–318. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2020-002557>
- Ioannidis, S. G., & Mitsias, P. D. (2020). Patent foramen ovale in cryptogenic ischemic stroke: Direct cause, risk factor, or incidental finding? *Frontiers in Neurology*, 11(June), 5–7. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00567>
- Kemenkes RI. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018* (pp. 221–222). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. <http://labdata.litbang.kemkes.go.id>
- Ko, N., Lee, H. H., Sohn, M. K., Kim, D. Y., Shin, Y. Il, Oh, G. J., Lee, Y. S., Joo, M. C., Lee, S. Y., Song, M. K., Han, J., Ahn, J., Lee, Y. H., Chang, W. H., Choi, S. M., Lee, S. kui, Lee, J., & Kim, Y. H. (2021). Status Of Dysphagia After Ischemic Stroke: A Korean Nationwide Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(12), 2343-2352.e3. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.07.788>
- Palmer, R., & Pauranik, A. (2021). Rehabilitation of Communication Disorders. In T. Platz (Ed.), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations*. (pp. 175–190). Springer.
- Shen, L., Gan, Q., Yang, Y., Reis, C., Zhang, Z., Xu, S., Zhang, T., & Sun, C. (2021). Mitophagy in Cerebral Ischemia and Ischemia/Reperfusion Injury. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13(June), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.687246>
- Patel, A. V., Shah, S. H., Patel, K., Mehta, P. I., Amin, N., Shah, C., & Prajapati, S. H. (2018). Prevalence of post-stroke anxiety and its association with socio-demographical factors, post-stroke depression, and disability. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 13(2), 43–49. <https://doi.org/10.5114/nan.2018.79604>
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI
- Sommers, M. S. (2019). *Davis's Diseases & Disorders A Nursing Therapeutics Manual* (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Spiotta, A. M., & Crosa, R. (2019). *Ischemic Stroke Management : Medical, Interventional and Surgical Management*. Thieme Medical Publishers, Inc.
- Su, Z., Ye, Y., Shen, C., Qiu, S., Sun, Y., Hu, S., Xiong, X., Li, Y., Li, L., & Wang, H. (2022). Pathophysiology of Ischemic Stroke: Noncoding RNA Role in Oxidative Stress. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2022, 5815843. <https://doi.org/10.1155/2022/5815843>
- Sun, R., Li, X., Zhu, Z., Li, T., Li, W., Huang, P., & Gong, W. (2021). Effects of Combined

Cognitive and Exercise Interventions on Poststroke Cognitive Function: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Research International*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/4558279>

Wardlaw, J. M., Debette, S., Jokinen, H., De Leeuw, F. E., Pantoni, L., Chabriat, H., Staals, J., Doubal, F., Rudilosso, S., Eppinger, S., Schilling, S., Ornello, R., Enzinger, C., Cordonnier, C., Taylor-Rowan, M., & Lindgren, A. G. (2021). ESO Guideline on covert cerebral small vessel disease. In *European Stroke Journal* (Vol. 6, Issue 2). <https://doi.org/10.1177/23969873211012132>

ASUHAN KEPERAWATAN

PASIEN STROKE HEMORAGIK

Mugi Hartoyo, MN



ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE HEMORAGIK

Mugi Hartoyo, MN

A. Pendahuluan

Stroke, juga dikenal sebagai *Cerebrovascular accident* (CVA), infark serebral, atau serangan otak, merupakan kelainan fungsional atau struktural otak yang disebabkan oleh kondisi patologis pembuluh serebral dari seluruh sistem serebrovaskular (Hinkle & Cheever, 2017). Stroke adalah gangguan sirkulasi serebral secara tiba-tiba pada satu atau lebih pembuluh darah yang mensuplai otak. Patologi ini menyebabkan perdarahan dari robekan pada dinding pembuluh darah atau merusak sirkulasi serebral dengan oklusi sebagian atau seluruhnya dari lumen pembuluh darah dengan efek sementara atau permanen. Semakin cepat sirkulasi kembali normal setelah stroke, semakin besar peluang untuk sembuh total. Namun, sekitar setengah dari pasien yang selamat dari stroke tetap mengalami cacat secara permanen dan mengalami kekambuhan dalam beberapa minggu, bulan, atau tahun. Di Indonesia dilaporkan lebih dari 150 ribu kasus per tahun. Pada satu tahun, angka kematian berkisar antara 51% sampai 65% tergantung pada lokasi perdarahan. Setengah dari kematian terjadi dalam dua hari pertama. Pada enam bulan, hanya 20% pasien yang diharapkan mandiri. Insiden perdarahan meningkat secara eksponensial seiring bertambahnya usia dan lebih tinggi pada pria dibandingkan wanita (Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, & Roberts, 2019).

Trombosis, emboli, dan perdarahan adalah penyebab utama stroke, dimana trombosis menjadi penyebab utama CVA dan serangan iskemik transien (TIA). Pembuluh yang paling umum terlibat pada stroke adalah arteri karotis dan sistem vertebrobasilar di dasar otak (Hinkle & Cheever, 2017).

B. Definisi

Stroke hemoragik merupakan kondisi darurat saat pembuluh darah pecah menyebabkan pendarahan di dalam otak (Hinkle & Cheever, 2017). Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang terjadi ketika pembuluh darah di otak atau di permukaan otak bocor atau pecah, menyebabkan pendarahan di dalam atau di sekitar otak. Stroke hemoragik disebabkan oleh pendarahan ke otak akibat pecahnya pembuluh darah. Stroke hemoragik dibagi menjadi perdarahan intraserebral (*intra cerebral hemorrhagic/ICH*) dan perdarahan subaraknoid (*subarachnoid hemorrhagic/SAH*). Stroke hemoragik dihubungkan dengan morbiditas yang parah dan mortalitas yang tinggi (Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, & Roberts, 2019).

C. Etiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh kondisi seperti pecahnya aneurisma, hipertensi, malformasi arteriovenosa (AV), atau gangguan perdarahan lainnya (Hinkle & Cheever, 2017). Tekanan darah tinggi dan trauma adalah dua penyebab utama. Pecahnya dinding pembuluh darah biasanya terjadi setelah hipertensi kronis. Hipertensi yang berkepanjangan biasanya menyebabkan hiperplasia intima dan hyalinosis, yang dapat menyebabkan nekrosis fokal dan menyebabkan pecahnya dinding pembuluh darah. Perdarahan masif dapat terjadi ketika pasien mengalami gangguan perdarahan dan sistem pembekuan darah tidak mampu mengontrol perdarahan. Perdarahan intraserebral juga dapat disebabkan oleh malformasi arteriovenosa (AVM). AVM terjadi sebagai akibat dari hubungan yang tidak normal antara arteri dan vena di otak dan dapat mengakibatkan pembuluh darah pecah dan berdarah ke otak. Selain itu, pada orang tua, protein abnormal yang disebut amiloid dapat menumpuk di arteri otak dan menyebabkan angiopati amiloid. Angiopati amiloid serebral melemahkan arteri dan dapat menyebabkan perdarahan. Mengonsumsi obat pengencer darah juga dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami stroke hemoragik (Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, & Roberts, 2019).

D. Patofisiologi

Stroke hemoragik, atau pendarahan otak, adalah bentuk stroke yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah atau berdarah (Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, & Roberts, 2019). Seperti stroke iskemik, stroke hemoragik mengganggu suplai darah ke otak karena pembuluh darah tidak dapat lagi membawa darah ke jaringan targetnya. Selain itu, darah mengiritasi jaringan otak, mengganggu keseimbangan kimia halus, dan, jika perdarahan berlanjut, dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial yang secara fisik mengenai jaringan otak dan membatasi aliran darah ke otak. Dalam kondisi ini, stroke hemoragik lebih berbahaya daripada stroke iskemik. Ada dua jenis stroke hemoragik: perdarahan intraserebral, dan perdarahan subarachnoid. Penyalahgunaan amfetamin, dan penyalahgunaan kokain berisiko mengalami stroke hemoragik (Hinkle & Cheever, 2017).

E. Manifestasi Klinis

Menurut Hinkle dan Cheever (2017) gejala pada stroke hemoragik dapat bervariasi berdasarkan lokasi perdarahan di otak, tetapi mungkin termasuk mati rasa atau kelemahan di bagian wajah, lengan atau tungkai atau kesulitan berjalan terutama pada satu sisi tubuh, kesulitan berbicara, kesulitan melihat pada satu atau kedua mata (fotofobia). Sakit kepala akut, muntah, kekakuan leher, peningkatan tekanan darah, dan tanda-tanda neurologis yang berkembang pesat adalah

manifestasi klinis yang umum dari stroke hemoragik. Pasien mungkin mengalami kelemahan satu sisi tubuh (hemiparese) atau kelumpuhan satu sisi tubuh (hemiplegi). Pasien juga mungkin umumnya mengalami: kehilangan kesadaran, penurunan tingkat kesadaran, perubahan tingkat kesadaran, kelainan EKG, atau kejang, dan kebingungan yang tiba-tiba (Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, & Roberts, 2019).

F. Komplikasi

Menurut Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, dan Roberts (2019) komplikasi stroke hemoragik dapat meliputi:

1. Penggumpalan darah (trombosis vena dalam atau emboli paru)
2. Pembengkakan otak.
3. Kejang.
4. Hilang ingatan.
5. Masalah penglihatan dan pendengaran.
6. Kelemahan otot.
7. Luka tekan (decubitus).
8. Depresi.

Dalam kasus yang paling parah, orang dengan stroke hemoragik dapat mengalami kerusakan otak parah yang menyebabkan koma permanen atau keadaan vegetatif, atau bahkan mengalami sindrom terkunci (*locked-in syndrome*).

G. Pemeriksaan Penunjang

Jika dicurigai adanya stroke, CT scan biasanya dapat menunjukkan apakah seseorang mengalami stroke iskemik atau stroke hemoragik. Pemeriksaan ini umumnya lebih cepat daripada pemindaian MRI dan dapat berarti pasien dapat menerima perawatan yang tepat lebih cepat. Magnetic resonance imaging (MRI) dapat mendeteksi jaringan otak yang rusak akibat stroke iskemik dan pendarahan otak (Hinkle & Cheever, 2017).

Tes laboratorium mencakup hitung darah lengkap, panel metabolismik, dan khususnya pada pasien yang memakai antikoagulan berupa pemeriksaan koagulasi (yaitu, waktu protrombin atau rasio normalisasi internasional [INR] dan waktu tromboplastin parsial teraktivasi) (Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, & Roberts, 2019).

H. Penatalaksanaan

Perawatan darurat diperlukan untuk pendarahan otak. Biasanya melibatkan pengobatan dan pemantauan ketat di unit perawatan intensif. Dalam kasus yang jarang terjadi, pembedahan mungkin diperlukan untuk mengurangi tekanan di sekitar otak (tekanan intra kranial). Dengan perawatan medis yang cepat dan tepat,

beberapa orang dapat memperoleh hasil yang baik dan sembuh dari stroke hemoragik (Hinkle & Cheever, 2017).

Tujuan rencana asuhan keperawatan primer untuk pasien dengan stroke tergantung pada fase CVA yang dialami klien (Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, & Roberts, 2019). Selama fase CVA akut, upaya harus fokus pada kebutuhan mempertahankan kehidupan dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Perawatan berkisar pada penilaian neurologis lanjutan yang efisien, dukungan pernapasan, pemantauan terus menerus tanda-tanda vital, posisi hati-hati untuk menghindari aspirasi dan kontraktur, pengelolaan masalah saluran pencernaan (Gastrointestinal), dan pemantauan status elektrolit dan nutrisi pasien. Asuhan keperawatan juga harus mencakup langkah-langkah untuk mencegah komplikasi.

I. Pengkajian

Menurut Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, dan Roberts (2019) pengkajian keperawatan pada stroke hemoragik meliputi:

1. Kaji status mental dan tingkat kesadaran.
2. Amati defisit neurologis dengan penilaian neurologis yang sering dan serial.
3. Ukur dan pantau ukuran pupil.
4. Nilai pernapasan.
5. Pantau tanda-tanda vital.
6. Nilai fungsi yang lebih tinggi seperti ucapan, memori, dan kognisi.

J. Diagnosis Keperawatan

Di bawah ini tercantum 12 diagnosis keperawatan untuk rencana asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik (NANDA I, 2021):

1. Risiko perfusi jaringan otak yang tidak efektif

Faktor risiko umum untuk diagnosis keperawatan ini:

- a. Emboli bekuan
- b. Perdarahan pembuluh darah otak
- c. Gangguan oklusif
- d. Vasospasme serebral
- e. Edema serebral

2. Gangguan mobilitas fisik

Faktor umum yang berhubungan dengan diagnosis keperawatan ini adalah:

- a. Keterlibatan neuromuskuler: kelemahan, parestesia; kelumpuhan/ paralisis hipotonik (awalnya)
- b. Gangguan persepsi/kognitif
- c. Kehilangan keseimbangan dan koordinasi
- d. Spastisitas
- e. Hemiparesis

Dapat dibuktikan dengan: Isyarat penilaian umum dapat berfungsi sebagai karakteristik yang menentukan atau bagian dari "sebagaimana dibuktikan oleh" perawat dalam pernyataan diagnostiknya.

- a. Ketidakmampuan untuk sengaja bergerak dalam lingkungan fisik; gangguan koordinasi; rentang gerak terbatas; penurunan kekuatan/kontrol otot

3. Gangguan komunikasi verbal

Faktor yang berhubungan untuk diagnosis keperawatan ini:

- a. Gangguan sirkulasi serebral; gangguan neuromuskuler, hilangnya tonus/kontrol otot wajah/mulut; kelemahan/kelelahan umum
- b. Dapat dibuktikan dengan: Isyarat penilaian umum dapat berfungsi sebagai karakteristik yang menentukan atau bagian dari "sebagaimana dibuktikan oleh" perawat dalam pernyataan diagnostik.
- c. Gangguan artikulasi; tidak/tidak dapat berbicara (disartria)
- d. Ketidakmampuan untuk memodulasi ucapan, menemukan dan memberi nama kata, mengidentifikasi objek; ketidakmampuan untuk memahami bahasa tertulis / lisan
- e. Ketidakmampuan untuk menghasilkan komunikasi tertulis

4. Nyeri akut

Nyeri pasca stroke sering terjadi dan dapat memengaruhi rehabilitasi dan kualitas hidup penderita stroke. Dalam sebuah penelitian, pasien melaporkan nyeri yang baru berkembang enam bulan setelah stroke (Hansen et al., 2012).

Faktor yang berhubungan meliputi:

- a. Hemiplegia
- b. *Disuse*

Dapat dibuktikan dengan:

- a. Laporan nyeri bahu
- b. Laporan kekakuan bahu
- c. Spastisitas dan kontraktur

5. Koping yang tidak efektif

Mungkin berhubungan dengan faktor terkait untuk diagnosis keperawatan ini:

- a. Krisis situasional, kerentanan, perubahan persepsi kognitif

Dapat dibuktikan dengan Isyarat penilaian umum dapat berfungsi sebagai karakteristik yang menentukan atau bagian dari "sebagaimana dibuktikan oleh" perawat dalam pernyataan diagnostik:

- a. Penggunaan mekanisme pertahanan yang tidak tepat
- b. Ketidakmampuan untuk mengatasi/kesulitan meminta bantuan
- c. Perubahan pola komunikasi yang biasa
- d. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar/harapan peran
- e. Kesulitan memecahkan masalah

6. Defisit perawatan diri

Faktor terkait umum untuk diagnosis keperawatan ini adalah:

- a. Gangguan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan daya tahan, kehilangan kontrol/koordinasi otot
- b. Gangguan persepsi/kognitif
- c. Nyeri/tidak nyaman
- d. Depresi

Dapat dibuktikan dengan isyarat penilaian umum yang dapat berfungsi sebagai karakteristik yang menentukan atau bagian dari "sebagaimana dibuktikan oleh" perawat dalam pernyataan diagnostik:

- a. Gangguan kemampuan melakukan ADL, misalnya ketidakmampuan membawa makanan dari wadah ke mulut; ketidakmampuan untuk mencuci bagian tubuh, mengatur suhu air; gangguan kemampuan untuk memakai/melepas pakaian; kesulitan menyelesaikan tugas toileting.

7. Risiko gangguan menelan

Stroke seringkali dapat menyebabkan disfagia karena gangguan fungsi mulut, lidah, dan laring.

Berikut ini adalah faktor risiko umum:

- a. Gangguan neuromuskular/persepsi

8. Intoleransi aktivitas

Faktor yang berhubungan untuk diagnosis keperawatan ini:

- a. Kelemahan umum
- b. Istirahat di tempat tidur
- c. Gangguan serebrovaskular

Dapat dibuktikan dengan isyarat penilaian umum yang dapat berfungsi sebagai karakteristik yang menentukan atau bagian dari "sebagaimana dibuktikan oleh" perawat dalam pernyataan diagnostik:

- a. Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas
- b. Respon detak jantung yang tidak normal terhadap aktivitas
- c. Perubahan EKG
- d. Ketidaknyamanan aktivitas
- e. Dispnea saat aktivitas
- f. Kelelahan
- g. Kelemahan umum

9. Risiko pengabaian sepihak

Faktor risiko terkait diagnosis keperawatan ini meliputi:

- a. Gangguan persepsi akibat kerusakan saraf
- b. Gangguan serebrovaskular
- c. Penyakit saraf
- d. Trauma kepala

e. Tumor

10. Kurang pengetahuan

Faktor yang berhubungan untuk diagnosis keperawatan ini:

- a. Kurangnya paparan; ketidaktahuan dengan sumber informasi
- b. Keterbatasan kognitif, salah tafsir informasi, kurang mengingat

Dapat dibuktikan dengan isyarat penilaian umum yang dapat berfungsi sebagai karakteristik yang menentukan atau bagian dari "sebagaimana dibuktikan oleh" perawat dalam pernyataan diagnostic:

- a. Permintaan informasi
- b. Pernyataan kesalahpahaman
- c. Tindak lanjut instruksi yang tidak akurat
- d. Perkembangan komplikasi yang dapat dicegah

11. Risiko sindrom disuse

Berikut ini adalah faktor risiko umum risiko sindrom disuse:

- a. Gangguan neuromuskuler dengan keterbatasan penggunaan ekstremitas atas dan/atau bawah

12. Risiko cedera

Berikut ini adalah faktor risiko umum risiko cedera:

- a. Perubahan penerimaan, transmisi, dan/atau integrasi sensorik

K. Intervensi

Berikut adalah rencana tujuan dan kriteria hasil, pengkajian dan rasional, serta rencana intervensi dan rasional dari 12 diagnosis keperawatan untuk pasien stroke hemoragik:

1. Risiko perfusi jaringan otak yang tidak efektif

Rencana tujuan umum dan kriteria hasil yang diharapkan:

- a. Pasien akan mempertahankan tingkat kesadaran, kognisi, dan fungsi motorik/sensorik yang biasa/meningkat.
- b. Pasien akan menunjukkan tanda-tanda vital yang stabil dan tidak adanya tanda-tanda peningkatan TIK.
- c. Pasien tidak akan menunjukkan penurunan lebih lanjut/kekambuhan deficit

Intervensi untuk diagnosis ini termasuk cara untuk mengurangi risiko perfusi serebral terkait dengan stroke atau serangan iskemik transien. Juga, perhatikan bahwa beberapa modalitas pengobatan berbeda untuk stroke iskemik dan hemoragik. Seperti biasa, harap disesuaikan rencana asuhan keperawatan secara individual dan pilih intervensi yang sesuai dengan kondisi klien.

- a. Kaji patensi jalan napas dan pola pernapasan.

Rasional: Defisit neurologis stroke mungkin termasuk hilangnya refleks muntah atau refleks batuk; dengan demikian, patensi jalan napas dan pola pernapasan harus menjadi bagian dari penilaian awal.

- b. Kaji faktor yang berhubungan dengan penurunan perfusi serebral dan potensi peningkatan tekanan intrakranial (TIK).

Rasional: Pemeriksaan neurologis yang ekstensif akan membantu memandu terapi dan pilihan intervensi.

- c. Kenali manifestasi klinis transient ischemic attack (TIA).

Rasional: Pasien dengan TIA hadir dengan gejala neurologis sementara seperti hilangnya fungsi motorik, sensorik, atau visual secara tiba-tiba yang disebabkan oleh iskemia transien ke wilayah otak tertentu, dengan pemindaian pencitraan otak mereka tidak menunjukkan bukti iskemia. Mengenali gejala TIA dapat berfungsi sebagai peringatan akan datangnya stroke karena sekitar 15% dari semua stroke didahului oleh TIA (Amarenco et al., 2018; Sacco, 2004). Evaluasi dan pengobatan segera pada pasien yang mengalami TIA dapat membantu mencegah stroke dan komplikasinya yang tidak dapat diperbaiki.

- d. Kaji dan pantau status neurologis secara sering.

Rasional: Menilai tren tingkat kesadaran (LOC), potensi peningkatan ICP, dan membantu menentukan lokasi, luas, dan perkembangan kerusakan. Prognosis tergantung pada kondisi neurologis pasien. Ini juga dapat mengungkapkan keberadaan TIA, yang dapat memperingatkan CVA trombotik yang akan datang. Penilaian neurologis meliputi:

- 1) Perubahan tingkat kesadaran atau daya tanggap
- 2) Respon terhadap rangsangan
- 3) Orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang
- 4) Pembukaan mata, reaksi pupil terhadap cahaya dan akomodasi, ukuran pupil

Alternatifnya, Anda dapat menggunakan *National Institutes of Health Stroke Scale* untuk membantu memandu Anda melalui penilaian.

- e. Pantau perubahan tekanan darah, bandingkan pembacaan tekanan darah pada kedua lengan.

Rasional: Hipertensi merupakan faktor risiko yang signifikan untuk stroke. Fluktuasi tekanan darah dapat terjadi karena cedera serebral di area vasomotor otak. Hipertensi atau hipotensi postural mungkin merupakan faktor pencetus. Hipotensi dapat terjadi karena syok (kolaps sirkulasi), dan peningkatan TIK dapat terjadi karena edema jaringan atau pembentukan gumpalan. Penyumbatan arteri subklavia dapat diungkapkan oleh perbedaan pembacaan tekanan antara lengan. Selain itu, jika pasien memenuhi syarat

untuk terapi fibrinolitik, kontrol tekanan darah sangat penting untuk mengurangi risiko perdarahan.

- f. Pantau denyut dan irama jantung, kaji adanya bising.

Rasional: Perubahan kecepatan, terutama bradikardia, dapat terjadi karena kerusakan otak. Disritmia dan murmur dapat mencerminkan penyakit jantung, memicu CVA (stroke setelah MI atau disfungsi katup). Adanya fibrilasi atrium meningkatkan risiko pembentukan emboli.

- g. Pantau pernapasan, catat pola dan ritme, pernapasan Cheyne-Stokes.

Rasional: Pernafasan yang tidak teratur dapat menunjukkan lokasi kerusakan serebral atau peningkatan TIK dan perlunya intervensi lebih lanjut, termasuk kemungkinan bantuan pernapasan.

- h. Pantau pemindaian tomografi terkomputasi (CT-Scan).

Rasional: CT scan adalah tes diagnostik awal yang dilakukan untuk pasien stroke yang dilakukan segera setelah pasien datang ke unit gawat darurat. CT scan digunakan untuk menentukan apakah kejadian tersebut iskemik atau hemoragik karena jenis stroke akan memandu terapi. Computed tomography angiography (CTA) juga dapat dilakukan untuk mendeteksi oklusi intrakranial dan tingkat oklusi pada pohon arteri (Menon & Demchuk, 2011).

- i. Evaluasi pupil, perhatikan ukuran, bentuk, persamaan, reaktivitas cahaya.

Rasional: Reaksi pupil diatur oleh saraf kranial okulomotor (III) dan membantu menentukan apakah batang otak masih utuh. Ukuran dan kesetaraan pupil ditentukan oleh keseimbangan antara persarafan parasimpatis dan simpatik. Respons terhadap cahaya mencerminkan fungsi gabungan saraf kranial optik (II) dan okulomotor (III).

- j. Dokumentasikan perubahan penglihatan: laporan penglihatan kabur, perubahan bidang visual, persepsi kedalaman.

Rasional: Gangguan penglihatan dapat terjadi jika aneurisma berdekatan dengan saraf okulomotor. Perubahan visual spesifik mencerminkan area otak yang terlibat. Memulai langkah-langkah untuk mempromosikan keselamatan.

- k. Kaji fungsi yang lebih tinggi, termasuk bicara, jika pasien waspada/sadar.

Rasional: Perubahan dalam kognisi dan isi pembicaraan menunjukkan lokasi dan tingkat keterlibatan serebral dan dapat menunjukkan penurunan atau peningkatan TIK.

- l. Kajikekakuan nuchal, kedutan, peningkatan kegelisahan, iritabilitas, onset aktivitas kejang.

Rasional: Kekakuan nuchal (nyeri dan kekakuan bagian belakang leher) dapat mengindikasikan iritasi meningeal. Kejang mungkin mencerminkan peningkatan TIK atau cedera otak yang memerlukan evaluasi dan intervensi lebih lanjut.

Berikut adalah intervensi keperawatan dan rasional untuk rencana asuhan keperawatan diagnosis keperawatan risiko perfusi jaringan otak tidak efektif:

a. Skrining pasien untuk risiko stroke.

Rasional: Pencegahan stroke masih merupakan pendekatan terbaik. Gaya hidup sehat, berolahraga, menjaga berat badan yang sehat, dan mengikuti pola makan yang sehat dapat mengurangi risiko terkena stroke (Gorelick et al., 2015).

b. Posisikan kepala sedikit ditinggikan dan dalam posisi netral.

Rasional: Mengurangi tekanan arteri dengan mempromosikan drainase vena dan dapat meningkatkan perfusi serebral. Selama fase akut stroke, pertahankan posisi kepala tempat tidur kurang dari 30 derajat.

c. Pertahankan tirah baring, sediakan lingkungan yang tenang dan santai, batasi pengunjung dan aktivitas. Kelompokkan intervensi keperawatan dan berikan waktu istirahat di antara aktivitas perawatan. Batasi durasi prosedur.

Rasional: Stimulasi atau aktivitas yang terus menerus dapat meningkatkan tekanan intrakranial (TIK). Istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk mencegah perdarahan ulang.

d. Cegah mengejan saat buang air besar, menahan napas, aktivitas fisik.

Rasional: Manuver Valsava meningkatkan TIK dan mempotensiasi risiko perdarahan ulang.

e. Stres berhenti merokok.

Rasional: Merokok merupakan faktor risiko mapan untuk semua bentuk stroke. Merokok meningkatkan risiko stroke tiga hingga empat kali lipat (Shah & Cole, 2010). Mendorong pasien untuk berhenti, konseling, penggantian nikotin, dan berikan obat berhenti merokok (misalnya, Zyban) adalah beberapa pendekatan untuk membantu berhenti. Perawat adalah perawatan lini pertama di antara staf rumah sakit yang mampu merencanakan dan menerapkan intervensi untuk berhenti merokok. Penelitian menunjukkan bahwa konseling penghentian merokok oleh perawat memainkan peran penting dalam berhenti merokok (Kazemzadeh, Manzari, & Pouresmail, 2017).

f. Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi.

Rasional: Mengurangi hipoksemia, hipoksemia dapat menyebabkan vasodilatasi serebral dan meningkatkan tekanan atau pembentukan edema.

g. Berikan obat sesuai indikasi:

- 1) Trombolitik: Aktivator plasminogen jaringan/*tissue plasminogen activator* (tPA), tPA rekombinan (rt-PA) (Alteplase)

Rasional: Diberikan bersamaan dengan antikoagulan untuk mengobati stroke iskemik. tPA mengubah plasminogen menjadi plasmin, melarutkan bekuan darah yang menghalangi aliran darah ke otak. Diagnosis stroke

yang cepat dan pengobatan rt-PA segera (0-90 menit) sejak onset stroke meningkatkan kemungkinan perbaikan dalam 24 jam dan hasil 3 bulan yang menguntungkan (Marler et al., 2000). Ini diberikan secara intravena (atau pengiriman intra-arteri) segera setelah stroke iskemik dikonfirmasi. Monitor tanda-tanda perdarahan. Trombolitik dikontraindikasikan pada pasien dengan stroke hemoragik.

- 2) Antikoagulan: natrium warfarin (Coumadin), heparin dengan berat molekul rendah (Lovenox)

Rasional: Diberikan untuk mencegah perluasan bekuan lebih lanjut dan pembentukan bekuan baru dan meningkatkan aliran darah serebral. Mereka tidak melarutkan gumpalan yang ada. Antikoagulan tidak pernah diberikan untuk pasien dengan stroke hemoragik.

- 3) Agen antiplatelet: aspirin (ASA), dipyridamole (Persantine), ticlopidine (Ticlid)

Rasional: Pemberian aspirin dosis rendah setiap hari mengganggu agregasi trombosit. Ini dapat membantu mengurangi kejadian infark serebral pada pasien yang pernah mengalami TIA dari stroke yang berasal dari emboli atau trombotik. Obat-obatan ini dikontraindikasikan pada pasien hipertensi karena peningkatan risiko perdarahan.

- 4) Antifibrinolitik: asam aminokaproat (Amicar)

Rasional: Digunakan dengan hati-hati pada gangguan hemoragik untuk mencegah lisis bekuan yang terbentuk dan perdarahan ulang berikutnya.

- 5) Antihipertensi: ACE-Inhibitor, Diuretik

Rasional: Digunakan untuk pasien yang menjalani terapi fibrinolitik, kontrol tekanan darah sangat penting untuk mengurangi risiko perdarahan. Tekanan darah harus dipertahankan dengan tekanan sistolik kurang dari 180 mmHg dan diastolik pada 105 mmHg (Cumbler & Glasheen, 2007). Antihipertensi juga digunakan untuk pencegahan stroke sekunder.

- 6) Vasodilator perifer: cyclandelate (Cyclospasmol), papaverine (Pavabid), isoxsuprine (Vasodilan).

Rasional: Hipertensi transien sering terjadi selama stroke akut dan biasanya sembuh tanpa intervensi terapeutik. Ini digunakan untuk meningkatkan sirkulasi kolateral atau mengurangi vasospasme.

- 7) Agen pelindung saraf: penghambat saluran kalsium, penghambat asam amino rangsang, gangliosida.

Rasional: Agen ini sedang diteliti (Ovbiagele et al., 2003) sebagai sarana untuk melindungi otak dengan mengganggu kaskade destruktif peristiwa biokimia (masuknya kalsium ke dalam sel, pelepasan neurotransmitter rangsang, penumpukan asam laktat) untuk membatasi cedera iskemik.

8) Fenitoin (Dilantin), fenobarbital.

Rasional: Digunakan jika terjadi peningkatan TIK dan terjadinya kejang. Fenobarbital meningkatkan aksi antiepilepsi.

9) Pelunak feses.

Rasional: Mencegah mengejan saat buang air besar dan peningkatan ICP yang sesuai. Sembelit sering terjadi setelah serangan stroke (Li et al., 2017).

h. Pantau pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi: waktu protrombin (PT), waktu tromboplastin parsial teraktivasi (aPTT), dan kadar Dilantin.

Rasional: Memberikan informasi tentang efektivitas obat dan tingkat terapi.

i. Persiapkan untuk pembedahan, jika perlu: endarterektomi, bypass mikrovaskuler, angioplasti serebral.

Rasional: Mungkin perlu untuk mengatasi situasi, mengurangi gejala neurologis dari stroke berulang.

2. Gangguan mobilitas fisik

Rencana tujuan perawatan pasien dengan gangguan mobilitas fisik adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan fungsional pasien melalui mempertahankan fungsi normal dan keselarasan, mengurangi spastisitas, mencegah edema ekstremitas, dan mencegah komplikasi imobilitas.

Tujuan umum dan hasil yang diharapkan:

- a. Pasien akan mempertahankan/meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terpengaruh atau kompensasi [sebutkan].
- b. Pasien akan mempertahankan posisi fungsi optimal yang dibuktikan dengan tidak adanya kontraktur, foot drop.
- c. Pasien akan mendemonstrasikan teknik/perilaku yang memungkinkan dimulainya kembali aktivitas.
- d. Pasien akan mempertahankan integritas kulit.

Di bawah ini adalah pengkajian keperawatan dan rasional untuk rencana asuhan keperawatan stroke hemoragik:

- a. Kaji tingkat gangguan pada awalnya dan kemampuan fungsional. Klasifikasikan menurut skala 0–4.

Rasional: Mengidentifikasi kekuatan dan kekurangan yang dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. Membantu dalam pemilihan intervensi karena teknik yang berbeda digunakan untuk kelumpuhan lembek dan spastik.

- b. Pantau ekstremitas bawah terhadap gejala tromboflebitis.

Rasional: Istirahat di tempat tidur membuat pasien berisiko mengalami trombosis vena dalam.

- c. Amati sisi yang terkena untuk warna, edema, atau tanda-tanda gangguan sirkulasi lainnya.

Rasional: Jaringan edematous lebih mudah mengalami trauma dan sembuh lebih lambat.

Berikut intervensi keperawatan dan rasional tindakan mobilitas fisik untuk rencana asuhan keperawatan stroke hemoragik:

- a. Inspeksi kulit secara teratur, terutama pada bagian tulang yang menonjol.

Pijat dengan lembut area yang memerah dan berikan bantuan seperti bantalan kulit domba seperlunya.

Rasional: Titik-titik tekanan di atas penonjolan tulang paling berisiko mengalami penurunan perfusi. Stimulasi dan bantalan sirkulasi membantu mencegah kerusakan kulit dan perkembangan dekubitus.

- b. Ubah posisi setidaknya setiap 2 jam (telentang, berbaring miring) dan mungkin lebih sering jika ditempatkan pada sisi yang sakit.

Rasional: Sering mengubah posisi pasien dapat mengurangi risiko cedera jaringan. Tempatkan bantal di antara kedua kaki pasien sebelum menempatkannya dalam posisi berbaring miring. Paha bagian atas tidak boleh ditekuk secara akut untuk mendorong aliran balik vena dan mencegah edema. Pasien dapat diputar dari sisi ke sisi jika ditoleransi kecuali sensasi terganggu. Jumlah waktu yang dihabiskan di sisi yang terkena harus dibatasi karena sirkulasi yang lebih buruk, kurangnya sensasi, dan lebih banyak kecenderungan kerusakan kulit.

- c. Posisikan dalam posisi tengkurap sekali atau dua kali sehari jika pasien dapat mentolerir.

Rasional: Selama beberapa kali 15 sampai 30 menit sehari, pasien harus ditempatkan dalam posisi tengkurap dengan bantal diletakkan di bawah panggul. Posisi ini membantu gaya berjalan normal melalui hiperekstensi sendi pinggul dan membantu mencegah kontraktur fleksi lutut dan pinggul (Crawford & Harris, 2016; Dowswell & Young, 2000). Posisi tengkurap juga dapat membantu mengalirkan sekret bronkial dan mencegah kelainan bentuk kontraktual pada bahu dan lutut. Pantau pernapasan pasien selama posisi ini.

- d. Sangga ekstremitas dalam posisi fungsional; menggunakan alas kaki selama periode kelumpuhan lembek. Pertahankan posisi netral kepala.

Rasional: Mencegah kontraktur dan penurunan kaki dan memfasilitasi penggunaan saat fungsi kembali. Kelumpuhan lembek dapat mengganggu kemampuan menopang kepala, sedangkan kelumpuhan spastik dapat menyebabkan deviasi kepala ke satu sisi.

- e. Gunakan arm sling saat pasien dalam posisi tegak, sesuai indikasi.
Rasional: Selama kelumpuhan lembek, menggunakan gendongan dapat mengurangi risiko subluksasi bahu dan sindrom bahu-tangan.
- f. Evaluasi kebutuhan alat bantu posisi dan belat selama kelumpuhan spastik.
Rasional: Kontraktur fleksi terjadi karena otot fleksor lebih kuat daripada otot ekstensor.
- g. Letakkan bantal di bawah aksila untuk abduksi lengan.
Rasional: Membantu mencegah adduksi bahu dan fleksi siku. Saat pasien di tempat tidur, tempatkan bantal di aksila saat rotasi eksternal terbatas untuk menjauhkan lengan dari dada. Letakkan bantal di bawah lengan saat berada dalam posisi netral, dengan persendian distal lengan diposisikan lebih tinggi daripada persendian yang lebih proksimal.
- h. Angkat lengan dan tangan
Rasional: Meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah pembentukan edema.
- i. Tempatkan gulungan tangan yang keras di telapak tangan dengan jari dan ibu jari berlawanan.
Rasional: Gulungan tangan yang keras mengurangi stimulasi fleksi jari, menjaga jari dan ibu jari dalam posisi fungsional. Jika ekstremitas atas kejang, guling tangan tidak digunakan karena merangsang refleks menggenggam. Sebagai alternatif, letakkan tangan dengan telapak tangan menghadap ke atas, dan jari-jari diletakkan sedemikian rupa sehingga hampir tidak tertekuk. Segala upaya dilakukan untuk mencegah edema tangan.
- j. Tempatkan lutut dan pinggul dalam posisi ekstensi.
Rasional: Mempertahankan posisi fungsional.
- k. Pertahankan kaki dalam posisi netral dengan gulungan trokanter.
Rasional: Mencegah rotasi pinggul eksternal.
- l. Hentikan penggunaan alas kaki bila perlu.
Rasional: Penggunaan secara terus-menerus (setelah perubahan dari kelumpuhan lembek menjadi spastik) dapat menyebabkan tekanan berlebihan pada bola kaki, meningkatkan kelenturan, dan meningkatkan fleksi plantar.
- m. Bantu pasien mengembangkan keseimbangan duduk dengan mengangkat kepala tempat tidur, membantu duduk di tepi tempat tidur, meminta pasien menggunakan lengan yang kuat untuk menopang berat badan, dan bergerak menggunakan kaki yang kuat. Bantu dalam mengembangkan keseimbangan berdiri dengan mengenakan sepatu jalan datar. Dukung punggung bawah pasien dengan tangan sambil memposisikan lutut sendiri di luar lutut pasien, bantu menggunakan palang sejajar.

- Rasional: Membantu dalam melatih kembali jalur saraf, meningkatkan propriosepsi dan respons motorik.
- n. Bangkitkan pasien di kursi segera setelah tanda-tanda vital stabil, kecuali setelah pendarahan otak.

Rasional: Membantu menstabilkan tekanan darah (dengan memulihkan tonus vasomotor), meningkatkan pemeliharaan ekstremitas pada posisi fungsional, dan mengosongkan kandung kemih, mengurangi risiko batu saluran kemih dan infeksi akibat stasis. Jika stroke tidak selesai, aktivitas meningkatkan risiko perdarahan tambahan.
 - o. Posisikan pasien dan sejajarkan ekstremitasnya dengan benar. Gunakan sepatu kets tinggi untuk mencegah kaki terjatuh, kontraktur, busa berbelit-belit, pengapungan, atau kasur berdenyut atau kulit domba.

Rasional: Ini adalah langkah-langkah untuk mencegah tukak tekan.
 - p. Berikan dudukan kursi dengan busa atau bantalan berisi air, dan bantu pasien menggeser berat badan secara berkala.

Rasional: Untuk mencegah tekanan pada tulang ekor dan kerusakan kulit.
 - q. Sediakan matras peti telur, alas air, alat pelampung, atau alas khusus, sesuai indikasi.

Rasional: Mempromosikan pemerataan berat badan, mengurangi tekanan pada titik tulang dan membantu mencegah kerusakan kulit dan pembentukan dekubitus. Tempat tidur khusus membantu mengatur posisi, meningkatkan sirkulasi, dan mengurangi stasis vena untuk mengurangi risiko cedera jaringan dan komplikasi seperti pneumonia ortostatik.
 - r. Mulailah latihan rentang gerak (ROM) aktif atau pasif saat masuk ke semua ekstremitas (termasuk bidai). Dorong latihan seperti latihan paha depan/gluteal, meremas bola karet, perpanjangan jari dan tungkai/kaki.

Rasional: Latihan ROM aktif mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot, meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, dan membantu mencegah kontraktur. Latihan ROM pasif membantu menjaga fleksibilitas sendi. Ekstremitas yang terkena dimasukkan melalui latihan ROM pasif sekitar lima kali sehari untuk menjaga mobilitas sendi, fleksibilitas, mencegah kontraktur, mencegah kerusakan sistem neuromuskular, meningkatkan sirkulasi, dan mendapatkan kembali kendali motorik. Latihan membantu mencegah stasis vena dan mengurangi risiko tromboemboli vena.
 - s. Dorong pasien untuk membantu gerakan dan latihan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menopang dan menggerakkan sisi yang lebih lemah.

Rasional: Dapat merespon seolah-olah sisi yang terkena tidak lagi menjadi bagian dari tubuh dan membutuhkan dorongan dan pelatihan aktif untuk "menggabungkannya" sebagai bagian dari tubuhnya sendiri.

- t. Bantu pasien dengan latihan dan lakukan latihan ROM untuk kedua sisi yang sakit dan tidak sakit. Ajarkan dan dorong pasien untuk menggunakan sisi tubuhnya yang tidak sakit untuk melatih sisi tubuhnya yang sakit.
Rasional: Pengulangan aktivitas yang sering membantu membentuk jalur saraf baru di sistem saraf pusat, mendorong pola gerak baru. Awalnya, ekstremitas biasanya lembek dan kencang; dalam hal ini, latihan ROM harus dilakukan lebih sering.
- u. Gunakan pendekatan "mulai rendah dan pelan-pelan" selama berolahraga.
Rasional: Latihan jangka pendek yang sering selalu dianjurkan dibandingkan dengan periode yang lebih lama dengan interval yang jarang. Peningkatan kekuatan otot dan pemeliharaan jangkauan gerak dan fleksibilitas pasien hanya dapat dicapai melalui latihan harian.
- v. Pantau pasien untuk tanda dan gejala emboli paru atau kelebihan beban jantung selama latihan.
Rasional: Dengan olahraga, sesak napas, nyeri dada, sianosis, dan peningkatan denyut nadi dapat mengindikasikan emboli paru atau beban kerja jantung yang berlebihan.
- w. Tetapkan tujuan dengan pasien dan orang penting lainnya (Significant other) untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan perubahan posisi.
Rasional: Mempromosikan rasa harapan perbaikan dan memberikan beberapa rasa kontrol dan kemandirian.

3. Gangguan komunikasi verbal

Tujuan umum dan hasil yang diharapkan:

- a. Pasien akan menunjukkan pemahaman tentang masalah komunikasi.
- b. Pasien akan menetapkan metode komunikasi di mana kebutuhan dapat diungkapkan.
- c. Pasien akan menggunakan sumber daya secara tepat.

Berikut pengajian keperawatan dan rasionalnya pada rencana asuhan keperawatan gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke hemoragik.

- a. Bedakan afasia dari disartria.

Rasional: Membantu menentukan area dan tingkat keterlibatan otak dan kesulitan yang dialami pasien dengan salah satu atau semua langkah proses komunikasi.

- b. Kaji pasien untuk afasia.

Rasional: Afasia adalah hilangnya kemampuan untuk memahami atau mengungkapkan pembicaraan. Pasien mungkin mengalami afasia reseptif atau kerusakan pada area bicara Wernicke, ditandai dengan kesulitan memahami kata-kata yang diucapkan. Pasien mungkin juga mengalami

afasia ekspresif atau cedera pada area bicara Broca, yang sulit untuk berbicara dengan benar, atau mungkin mengalami keduanya. Pilihan intervensi tergantung pada jenis gangguan. Afasia adalah cacat dalam menggunakan dan menafsirkan simbol bahasa dan mungkin melibatkan komponen sensorik dan motorik (ketidakmampuan untuk memahami kata-kata tertulis atau lisan atau menulis, membuat tanda, berbicara). *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE) adalah alat yang dapat Anda gunakan untuk membantu mendiagnosis afasia.

c. Kaji pasien untuk disartria.

Rasional: Disartria adalah gangguan bicara motorik di mana otot-otot yang digunakan untuk berbicara rusak, lumpuh, atau lemah. Orang yang disartritis dapat memahami, membaca, dan menulis bahasa tetapi kesulitan mengucapkan kata-kata. Pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk memantau keluaran verbal dan tidak menyadari bahwa komunikasi tidak masuk akal.

d. Minta pasien untuk mengikuti perintah sederhana ("Tutup dan buka mata", "Angkat tangan"); mengulang kata atau kalimat sederhana.

Rasional: Tes untuk afasia Wernicke atau afasia reseptif. Pada afasia Wernicke, keluaran bahasa lancar dengan kecepatan dan intonasi normal. Namun, konten seringkali sulit dipahami karena kesalahan parafrase (Acharya & Wroten, 2017).

e. Tunjuk objek dan minta pasien menyebutkan namanya.

Rasional: Tes untuk afasia Broca atau afasia ekspresif. Afasia Broca adalah afasia non-lancar di mana keluaran ucapan spontan sangat berkurang, dan ada kehilangan struktur tata bahasa normal (Acharya & Wroten, 2017). Pasien mungkin mengenali item tetapi tidak dapat menamainya.

f. Minta pasien mengeluarkan suara sederhana ("wow," "Sttt").

Rasional: Mengidentifikasi disartria karena komponen motorik bicara (lidah, gerakan bibir, kontrol napas) dapat memengaruhi artikulasi dan mungkin disertai atau tidak disertai dengan afasia ekspresif.

g. Kaji tanda-tanda depresi pada pasien.

Rasional: Seorang pasien dengan aphasia mungkin menjadi depresi. Ketidakmampuan untuk berbicara, berkomunikasi, dan berpartisipasi dalam percakapan seringkali dapat menyebabkan frustrasi, kemarahan, dan keputusasaan. Ciptakan suasana yang kondusif untuk komunikasi dan peka terhadap reaksi dan kebutuhan pasien. Perawat dapat memberikan dukungan emosional yang penting dan pemahaman untuk menghilangkan kecemasan dan frustrasi.

Di bawah ini adalah intervensi keperawatan dan rasionalnya untuk rencana asuhan keperawatan gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke hemoragik:

- a. Dengarkan kesalahan dalam percakapan dan berikan umpan balik.

Rasional: Umpan balik membantu pasien menyadari mengapa pengasuh tidak memahami atau menanggapi dengan tepat dan memberikan kesempatan untuk mengklarifikasi makna.

- b. Minta pasien untuk menuliskan namanya dan kalimat pendek. Jika tidak dapat menulis, minta pasien membaca kalimat pendek.

Rasional: Tes untuk ketidakmampuan menulis (agraphia) dan defisit dalam pemahaman membaca (aleksia) juga merupakan bagian dari afasia reseptif dan ekspresif.

- c. Tulis pemberitahuan di ruang perawat dan kamar pasien tentang gangguan bicara. Sediakan bel panggilan khusus yang dapat diaktifkan dengan tekanan minimal jika diperlukan. Mengantisipasi dan memenuhi kebutuhan pasien.

Rasional: Menghilangkan kecemasan terkait ketidakmampuan untuk berkomunikasi dan ketakutan bahwa kebutuhan tidak akan segera terpenuhi.

- d. Berikan metode komunikasi alternatif.

Rasional: Papan komunikasi yang memiliki gambar kebutuhan dan frasa umum dapat membantu pasien. Ini memberikan metode untuk mengomunikasikan kebutuhan berdasarkan situasi individu dan defisit yang mendasarinya.

- e. Bicaralah langsung dengan pasien, bicaralah pelan-pelan dan jelas. Dapatkan perhatian pasien saat berbicara. Pertanyaan frase yang harus dijawab hanya dengan ya atau tidak. Kemajuan dalam kompleksitas saat pasien merespons.

Rasional: Mengurangi kebingungan dan menghilangkan kecemasan karena harus memproses dan menanggapi sejumlah besar informasi sekaligus. Pertahankan bahasa pengantar yang konsisten dan bicaralah perlahan. Saat pelatihan ulang bicara berlangsung, memajukan kompleksitas komunikasi merangsang memori dan selanjutnya meningkatkan asosiasi kata dan gagasan. Hindari menyelesaikan pikiran atau kalimat pasien karena dapat membuat pasien lebih frustrasi karena tidak dapat berbicara dan dapat menghalangi upaya untuk berlatih menyatukan pikiran dan menyelesaikan kalimat.

- f. Bicaralah dengan nada normal dan hindari berbicara terlalu cepat. Beri pasien waktu yang cukup untuk merespon. Hindari menekan respons. Gunakan isyarat untuk meningkatkan pemahaman. Hormati kemampuan pra-cedera pasien; hindari "berbicara rendah" kepada pasien atau membuat komentar yang menggurui.

Rasional: Pasien belum tentu mengalami gangguan pendengaran, dan meninggikan suara dapat mengganggu atau membuat pasien marah sehingga menyebabkan frustrasi. Memaksa tanggapan dapat mengakibatkan frustrasi dan dapat menyebabkan pasien menggunakan ucapan "otomatis" (ucapan kacau, kata-kata kotor). Beri pasien waktu yang cukup untuk memproses instruksi dan sediakan lingkungan bagi pasien untuk merasa dihargai karena kemampuan intelektual seringkali tetap utuh. Bersabarlah dengan pasien.

- g. Diskusikan topik yang sudah dikenal (misalnya, cuaca, keluarga, hobi, pekerjaan).

Rasional: Mempromosikan percakapan yang bermakna dan memberikan kesempatan untuk melatih keterampilan. Berkommunikasi selama kegiatan asuhan keperawatan juga dapat memberikan bentuk terapi sosial kepada pasien.

- h. Dorong orang terdekat untuk terus berkomunikasi dengan pasien: membaca surat dan mendiskusikan kejadian keluarga bahkan jika pasien tidak dapat merespons dengan tepat.

Rasional: Anggota keluarga perlu terus berbicara dengan pasien untuk mengurangi isolasi pasien, meningkatkan komunikasi yang efektif, dan menjaga rasa keterhubungan dengan keluarga.

- i. Hilangkan kebisingan dan rangsangan asing seperlunya.

Rasional: Mengurangi kecemasan dan respons emosional yang berlebihan serta kebingungan yang terkait dengan sensorik yang berlebihan.

- j. Konsultasikan dan rujuk pasien ke terapis wicara.

Rasional: Seorang terapis wicara dapat membantu menilai kebutuhan komunikasi pasien, mengidentifikasi defisit spesifik, dan merekomendasikan metode komunikasi secara keseluruhan. Dorong pasien untuk berperan aktif dalam menetapkan tujuan sehingga strategi intervensi bahasa disesuaikan dengan kebutuhan mereka.

4. Nyeri akut

Rencana tujuan dan hasil yang diinginkan:

- Pasien melaporkan penurunan nyeri [sebutkan dengan penilaian skala nyeri].
- Pasien melakukan aktivitas untuk pemulihan dan rehabilitasi
- Pasien menunjukkan tidak adanya efek samping dari analgesik

Pengkajian Keperawatan dan rasionalnya:

- Kaji pasien untuk kekakuan bahu, nyeri.

Rasional: Nyeri bahu hemiplegia (HSP) adalah komplikasi yang umum dan menyusahkan terkait dengan stroke dan terjadi pada sisi lumpuh pasien.

Kejadian komplikasi ini bervariasi dari 12% sampai 58% dan periode kejadian yang paling umum terjadi pada 8-10 minggu pasca stroke (Li & Alexander, 2015). Nyeri bahu dapat mencegah pasien mempelajari keterampilan baru dan memengaruhi rehabilitasi dan kualitas hidup pasca stroke.

- b. Kaji pasien untuk sindrom nyeri pasca stroke pusat (central post stroke pain/CPSP).

Rasional: Nyeri bahu hemiplegia (HSP) terkait dengan nyeri pasca stroke sentral, yang didefinisikan sebagai nyeri dan kelainan sensorik pada bagian tubuh yang sesuai dengan wilayah otak yang telah dilukai oleh lesi serebrovaskular.

Intervensi keperawatan dan rasionalnya:

- a. Kenali kebutuhan akan gendongan yang dikenakan dengan benar.

Rasional: Pengikatan bahu hemiplegia mencegahnya menjuntai tanpa dukungan dengan menghambat otot-otot yang mengelilingi skapula dan meningkatkan keselarasan normal skapula dalam kaitannya dengan toraks, humerus, dan klavikula. Meskipun hanya ada sedikit bukti untuk memastikan manfaat strapping bahu dalam merawat HSP, teknik ini digunakan untuk subluksasi dan nyeri bahu.

- b. Bantu pasien saat mengubah posisi.

Rasional: Jangan pernah mengangkat pasien dengan bahu yang lembek atau menarik lengan atau bahu yang sakit karena hal ini akan menyebabkan rasa sakit. Menggunakan kekuatan yang tepat saat memutar atau mengubah posisi pasien akan mencegahnya meregangkan sendi bahu yang terkena. Gerakan lengan dan bahu yang berat juga harus dihindari.

- c. Posisikan bahu pasien dengan tepat.

Rasional: Banyak masalah bahu dapat dicegah dengan gerakan dan posisi pasien yang tepat. Posisi bahu harus diperiksa saat pasien dibantu bergerak di tempat tidur, dan harus dipastikan bahwa skapula meluncur ke depan, terutama saat berbaring miring (Li & Alexander, 2015). Lihat intervensi untuk Gangguan Mobilitas Fisik dalam rencana asuhan keperawatan ini.

- d. Saat mengangkat lengan, harus digerakkan perlahan dan diputar ke luar.

Rasional: Hindari pelampiasan. Jika lengan lumpuh, dislokasi tidak lengkap (subluksasi) pada bahu dapat terjadi akibat peregangan kapsul sendi dan otot yang berlebihan oleh gaya gravitasi saat pasien duduk atau berdiri pada tahap awal setelah stroke. Tinggikan lengan dan tangan untuk mencegah edema dependen.

- e. Hindari penggunaan katrol di atas kepala.
Rasional: Penggunaan katrol atas memiliki risiko tertinggi untuk mengembangkan nyeri bahu dan harus dihindari selama rehabilitasi (Lankhorst et al., 2002; Kumar et al., 1990).
- f. Lakukan teknik terapi range of movement dengan menahan humerus di bawah aksila dan pertahankan rotasi eksternal.
Rasional: Mengangkat lengan hemiplegia dengan menahan humerus di bawah ketiak dan mempertahankan rotasi eksternal menghasilkan rentang fleksi yang lebih besar pada bahu hemiplegia daripada pegangan distal (Tyson & Chissim, 2002). Penanganan pasien yang salah dapat menyebabkan kontrol motor dinamis yang tidak tepat dan robeknya rotator cuff.
- g. Bantu pasien dalam melakukan latihan rentang gerak.
Rasional: Latihan ROM sangat penting dalam mencegah kekakuan bahu, sehingga mencegah rasa sakit. Beberapa aktivitas yang dapat dilakukan pasien antara lain:
 - 1) Jalin jari-jari, satukan kedua telapak tangan, dan dorong tangan yang menggenggam perlahan ke depan untuk membawa skapula ke depan, lalu angkat kedua tangan di atas kepala.
 - 2) Lenturkan pergelangan tangan yang sakit dengan interval tertentu dan gerakkan semua sendi jari yang sakit.
 - 3) Dorong tumit tangan dengan kuat ke bawah pada permukaan yang rata.
- h. Intervensi lain untuk nyeri bahu hemiplegia meliputi:
 - 1) Pemberian toksin botulinum A (BTX-A). Penelitian telah menunjukkan bahwa pemberian BTX-A memberikan efek analgesik yang lebih besar dan peningkatan penculikan bahu dan ROM rotasi eksternal dibandingkan dengan steroid (Xie et al., 2021).
 - 2) Akupunktur. Studi menyimpulkan bahwa akupunktur yang dikombinasikan dengan latihan efektif untuk HSP (Li & Alexander, 2015).
 - 3) Pijat jaringan lunak. Pijat punggung stroke lambat ditemukan sebagai intervensi keperawatan yang efektif untuk mengurangi tingkat persepsi dan kecemasan nyeri bahu pasien pada pasien lanjut usia dengan stroke (Li & Alexander, 2015).
 - 4) Obat nyeri. Obat-obatan yang membantu dalam pengelolaan nyeri pasca stroke meliputi: amitriptyline, gabapentin, pregabalin, dan lamotrigin.

5. Kopng yang tidak efektif

Tujuan umum dan hasil yang diharapkan:

- a. Pasien akan mengungkapkan penerimaan diri dalam situasi.

- b. Pasien akan berbicara/berkomunikasi dengan SO tentang situasi dan perubahan yang terjadi.
- c. Pasien akan mengungkapkan kesadaran akan kemampuan kopingnya sendiri.
- d. Pasien akan memenuhi kebutuhan psikologis yang dibuktikan dengan ekspresi perasaan yang tepat, identifikasi pilihan, dan penggunaan sumber daya.

Berikut pengkajian keperawatan dan rasional untuk rencana asuhan keperawatan koping yang tidak efektif pada pasien stroke hemoragik:

- a. Kaji sejauh mana persepsi yang berubah dan tingkat kecacatan terkait. Tentukan skor Ukuran Kemandirian Fungsional.
Rasional: Penentuan faktor individu membantu dalam mengembangkan rencana perawatan/pilihan intervensi dan ekspektasi pemulangan.
- b. Identifikasi arti disfungsi dan perubahan pada pasien. Catat kemampuan untuk memahami peristiwa, berikan penilaian situasi yang realistik.
Rasional: Kemerdekaan sangat dihargai dalam budaya Amerika tetapi tidak begitu penting dalam beberapa budaya. Beberapa pasien menerima dan mengelola fungsi yang berubah secara efektif dengan beberapa penyesuaian, sedangkan yang lain mungkin mengalami kesulitan yang cukup besar untuk mengenali dan menyesuaikan diri dengan defisit. Untuk memberikan dukungan yang berarti dan pemecahan masalah yang tepat, penyedia layanan kesehatan perlu memahami arti stroke/keterbatasan bagi pasien.
- c. Tentukan penyebab stres luar: keluarga, pekerjaan, kebutuhan perawatan kesehatan di masa depan.
Rasional: Membantu mengidentifikasi kebutuhan khusus, memberikan kesempatan untuk menawarkan informasi, dan memulai pemecahan masalah. Pertimbangan faktor sosial dan status fungsional sangat penting dalam menentukan tujuan pembuangan yang tepat.
- d. Identifikasi metode sebelumnya dalam menangani masalah kehidupan. Tentukan keberadaan sistem pendukung.
Rasional: Memberikan kesempatan untuk menggunakan perilaku yang sebelumnya efektif, membangun keberhasilan masa lalu, dan memobilisasi sumber daya.
- e. Pantau adanya gangguan tidur, peningkatan kesulitan berkonsentrasi, pernyataan ketidakmampuan untuk mengatasinya, lesu, menarik diri.
Rasional: Dapat menunjukkan timbulnya depresi (efek umum setelah stroke), yang mungkin memerlukan evaluasi dan intervensi lebih lanjut.

Di bawah ini adalah intervensi keperawatan dan rasional untuk rencana asuhan keperawatan coping tidak efektif pada pasien stroke hemoragik:

- a. Catat apakah pasien menyebut sisi yang terkena sebagai "itu" atau menyangkal sisi yang terkena dan mengatakan itu "mati".
Rasional: Menyarankan penolakan bagian tubuh dan perasaan negatif tentang citra dan kemampuan tubuh, menunjukkan perlunya intervensi dan dukungan emosional.
- b. Berikan dukungan psikologis dan tetapkan tujuan jangka pendek yang realistik. Libatkan SO pasien dalam rencana perawatan bila memungkinkan dan jelaskan kekurangan dan kelebihannya.
Rasional: Untuk meningkatkan rasa percaya diri pasien dan dapat membantu dalam kepatuhan terhadap rejimen terapeutik.
- c. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, termasuk permusuhan atau kemarahan, menyangkal, depresi, rasa keterputusan.
Rasional: Mendemonstrasikan penerimaan pasien dalam mengenali dan mulai menghadapi perasaan tersebut.
- d. Akui pernyataan perasaan tentang pengkhianatan tubuh; tetap peduli tentang kenyataan bahwa pasien masih dapat menggunakan sisi yang tidak terpengaruh dan belajar mengendalikan sisi yang terpengaruh. Gunakan kata-kata (lemah, terpengaruh, kanan-kiri) yang menggabungkan sisi tersebut sebagai bagian dari seluruh tubuh.
Rasional: Membantu pasien melihat bahwa perawat menerima kedua sisi sebagai bagian dari keseluruhan individu. Memungkinkan pasien untuk merasa penuh harapan dan mulai menerima situasi saat ini.
- e. Tekankan keuntungan kecil baik dalam pemulihan fungsi atau kemandirian.
Rasional: Mengkonsolidasikan keuntungan, membantu mengurangi perasaan marah dan tidak berdaya, dan menyampaikan rasa kemajuan.
- f. Dukung perilaku dan upaya seperti peningkatan minat/partisipasi dalam kegiatan rehabilitasi.
Rasional: Menyarankan kemungkinan adaptasi terhadap perubahan dan pemahaman tentang peran sendiri dalam gaya hidup masa depan.
- g. Rujuk untuk evaluasi dan konseling neuropsikologi jika diindikasikan.
Rasional: Dapat memfasilitasi adaptasi terhadap perubahan peran yang diperlukan untuk perasaan/menjadi orang yang produktif. Catatan: Depresi sering terjadi pada penderita stroke dan mungkin secara langsung diakibatkan oleh kerusakan otak dan reaksi emosional terhadap kecacatan yang timbul secara tiba-tiba.

6. Defisit perawatan diri

Rencana tujuan umum dan hasil yang diharapkan:

- a. Pasien akan mendemonstrasikan teknik/perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.
- b. Pasien akan melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuannya sendiri.
- c. Pasien akan mengidentifikasi sumber daya pribadi/masyarakat yang dapat memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

Berikut adalah pengkajian keperawatan dan rasionalnya untuk rencana asuhan keperawatan deficit perawatan diri pada pasien stroke hemoragik:

- a. Kaji kemampuan dan tingkat defisit (skala 0–4) untuk melakukan ADL.
Rasional: Membantu dalam perencanaan untuk memenuhi kebutuhan individu.
- b. Kaji kemampuan pasien untuk mengomunikasikan perlunya berkemih dan kemampuan menggunakan pispot urinoir. Bawa pasien ke kamar mandi secara berkala untuk berkemih jika perlu.
Rasional: Pasien mungkin memiliki kandung kemih neurogenik, lalai, atau tidak dapat mengkomunikasikan kebutuhan dalam fase pemulihan akut, tetapi biasanya dapat memperoleh kembali kendali independen atas fungsi ini saat pemulihan berlangsung.
- c. Identifikasi kebiasaan buang air besar sebelumnya dan bangun kembali rejimen normal. Tingkatkan jumlah besar dalam diet, dorong asupan cairan, tingkatkan aktivitas.
Rasional: Membantu mengembangkan program pelatihan ulang (kemandirian) dan membantu mencegah konstipasi dan impaksi (efek jangka panjang).

Berikut adalah intervensi keperawatan dan rasionalnya pada rencana asuhan keperawatan deficit perawatan diri pasien stroke hemoragik:

- a. Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan sendiri oleh pasien, tetapi bantu seperlunya.
Rasional: Untuk menjaga harga diri dan mendorong pemulihan, pasien perlu melakukan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri. Pasien-pasien ini mungkin menjadi penakut dan tergantung, meskipun bantuan membantu mencegah frustrasi.
- b. Waspadai tindakan impulsif yang menunjukkan gangguan penilaian.
Rasional: Dapat menunjukkan perlunya intervensi dan pengawasan tambahan untuk mempromosikan keselamatan pasien.

- c. Pertahankan sikap suportif dan tegas. Beri pasien waktu yang cukup untuk menyelesaikan tugas. Jangan terburu-buru pasien.
Rasional: Pasien membutuhkan empati dan untuk mengetahui pengasuh akan konsisten dalam bantuan mereka.
- d. Berikan umpan balik positif untuk upaya dan pencapaian.
Rasional: Meningkatkan rasa harga diri, meningkatkan kemandirian, dan mendorong pasien untuk terus berusaha.
- e. Buat rencana untuk defisit visual yang ada: Tempatkan makanan dan peralatan di atas baki yang berhubungan dengan sisi pasien yang tidak terpengaruh; Tempatkan tempat tidur, sehingga sisi pasien yang tidak terpengaruh menghadap ke ruangan dengan sisi yang terkena ke dinding; Posisikan furnitur ke dinding/keluar dari jalur perjalanan.
Rasional: Pasien akan dapat melihat untuk makan makanan. Akan dapat melihat saat naik/turun tempat tidur dan mengamati siapa saja yang masuk ke kamar. Memberikan keamanan saat pasien dapat bergerak di sekitar ruangan, mengurangi risiko tersandung/terjatuh di atas furnitur.
- f. Sediakan perangkat swadaya: ekstensi dengan pengait untuk mengambil barang dari lantai, penyangga toilet, sikat bergagang panjang, sedotan, tas kaki untuk kateter, kursi mandi. Dorong kebiasaan perawatan dan tata rias yang baik.
Rasional: Untuk memungkinkan pasien mengelola diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri, mengurangi ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, dan memungkinkan pasien menjadi lebih aktif secara sosial.
- g. Dorong orang terdekat untuk memungkinkan pasien melakukan perawatan diri sebanyak mungkin.
Rasional: Membangun kembali rasa kemandirian dan memupuk harga diri, dan meningkatkan proses rehabilitasi. Catatan: Hal ini mungkin sangat sulit dan membuat frustasi perawat, tergantung pada tingkat kecacatan dan waktu yang dibutuhkan pasien untuk menyelesaikan suatu aktivitas.
- h. Ajarkan pasien untuk menyisir rambut, berpakaian, dan keramas.
Rasional: Untuk meningkatkan rasa kemandirian dan harga diri.
- i. Rujuk pasien ke ahli terapi fisik dan okupasi.
Rasional: Rehabilitasi membantu mempelajari kembali keterampilan yang hilang ketika bagian otak rusak. Ini juga mengajarkan cara baru dalam melakukan tugas untuk menghindari atau mengkompensasi kecacatan yang tersisa.

7. Risiko gangguan menelan

Rencana tujuan dan hasil yang diinginkan untuk rencana asuhan keperawatan risiko gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik:

- a. Pasien akan mendemonstrasikan metode pemberian makan yang sesuai dengan situasi individu dengan pencegahan aspirasi.
- b. Pasien akan mempertahankan berat badan yang diinginkan.

Berikut ini adalah pengkajian keperawatan dan rasionalnya untuk rencana asuhan keperawatan risiko gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik:

- a. Tinjau patologi individu dan kemampuan menelan, catat tingkat kelumpuhan: kejernihan bicara, keterlibatan lidah, kemampuan melindungi jalan napas, episode batuk, adanya suara napas tambahan. Timbang secara berkala sesuai indikasi.

Rasional: Kaji kemampuan pasien untuk menelan sesegera mungkin dan sebelum asupan oral. Intervensi nutrisi dan pilihan rute pemberian makan ditentukan oleh faktor-faktor ini.

- b. Pertahankan intake dan output; mencatat jumlah kalori.

Rasional: Metode pemberian makan alternatif dapat digunakan jika upaya menelan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi.

Berikut adalah intervensi keperawatan dan rasional tindakan untuk rencana asuhan keperawatan risiko gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik:

- a. Sediakan alat pengisap di samping tempat tidur, terutama selama upaya pemberian makan dini.

Rasional: Intervensi tepat waktu dapat membatasi efek aspirasi yang tidak diinginkan.

- b. Promosikan penelahan yang efektif: Jadwalkan aktivitas dan obat-obatan untuk memberikan istirahat minimal 30 menit sebelum makan.

Rasional: Mempromosikan fungsi otot yang optimal, membantu membatasi kelelahan.

- c. Sediakan lingkungan yang menyenangkan dan tidak tergesa-gesa, bebas dari gangguan.

Rasional: Meningkatkan relaksasi dan memungkinkan pasien untuk fokus pada tugas makan.

- d. Bantu pasien dengan kontrol kepala dan posisi berdasarkan disfungsi spesifik.

Rasional: Melawan hiperekstensi, membantu pencegahan aspirasi dan meningkatkan kemampuan menelan. Posisi yang optimal dapat memfasilitasi asupan dan mengurangi risiko aspirasi kepala ke belakang untuk penurunan propulsi posterior lidah, kepala menoleh ke sisi yang

- lemah untuk kelumpuhan faring unilateral, berbaring di kedua sisi untuk mengurangi kontraksi faring.
- e. Tempatkan pasien dalam posisi tegak selama dan setelah makan sebagaimana mestinya.
Rasional: Untuk mengurangi resiko aspirasi dengan menggunakan gravitasi untuk memudahkan menelan. Minta pasien duduk tegak dan selipkan dagu ke arah dada saat menelan.
 - f. Berikan perawatan mulut berdasarkan kebutuhan individu sebelum makan.
Rasional: Pasien dengan mulut kering membutuhkan bahan pelembab seperti obat kumur bebas alkohol sebelum dan sesudah makan. Pasien dengan air liur berlebihan akan mendapat manfaat dari penggunaan bahan pengering sebelum makan dan bahan pelembab sesudahnya.
 - g. Bumbui makanan dengan rempah-rempah, rempah-rempah, jus lemon, dll., Sesuai selera pasien, dalam batasan diet.
Rasional: Meningkatkan air liur, meningkatkan pembentukan bolus dan usaha menelan.
 - h. Sajikan makanan pada suhu normal, dan air selalu dingin.
Rasional: Suhu suam-suam kuku cenderung merangsang air liur, jadi makanan dan cairan harus disajikan dingin atau hangat yang sesuai. Air adalah yang paling sulit untuk ditelan.
 - i. Rangsang bibir untuk menutup atau membuka mulut secara manual dengan tekanan ringan pada bibir atau di bawah dagu jika diperlukan.
Rasional: Membantu dalam pelatihan ulang sensorik dan meningkatkan kontrol otot.
 - j. Tempatkan makanan dengan konsistensi yang sesuai di sisi mulut yang tidak terpengaruh.
Rasional: Memberikan stimulasi sensorik (termasuk rasa), meningkatkan air liur dan memicu upaya menelan, meningkatkan asupan. Konsistensi makanan ditentukan oleh defisit individu. Sebagai contoh, pasien dengan rentang gerak lidah yang menurun membutuhkan cairan kental pada awalnya, berkembang menjadi cairan encer, sedangkan pasien dengan menelan faring yang tertunda akan menangani cairan kental dan makanan yang lebih kental dengan lebih baik. Catatan: Makanan bubur tidak dianjurkan karena pasien mungkin tidak mengenali apa yang dimakan, dan sebagian besar produk susu, selai kacang, sirup, dan pisang dihindari karena menghasilkan lendir dan lengket.
 - k. Sentuh bagian pipi dengan bilah lidah dan tempelkan es ke lidah yang lemah.
Rasional: Ini dapat meningkatkan gerakan dan kontrol lidah (diperlukan untuk menelan) dan menghambat penonjolan lidah.
 - l. Beri makan perlahan, beri waktu 30–45 menit untuk makan.

Rasional: Perasaan tergesa-gesa dapat meningkatkan stres dan frustrasi, dapat meningkatkan risiko aspirasi, dan dapat menyebabkan pasien berhenti makan lebih awal.

- m. Tawarkan makanan padat dan cair pada waktu yang berbeda.

Rasional: Ini mencegah pasien menelan makanan sebelum dikunyah secara menyeluruh. Secara umum, cairan harus diberikan hanya setelah pasien selesai makan.

- n. Batasi atau hindari penggunaan sedotan untuk minuman.

Rasional: Meskipun penggunaan dapat memperkuat otot wajah dan menelan, jika pasien tidak memiliki penutupan bibir yang rapat untuk menampung sedotan atau jika cairan disimpan terlalu jauh ke dalam mulut, risiko aspirasi dapat meningkat.

- o. Anjurkan orang terdekat untuk membawa makanan favorit.

Rasional: Memberikan selera dan preferensi yang akrab. Merangsang upaya makan dan dapat meningkatkan menelan atau asupan.

- p. Pertahankan posisi tegak selama 45–60 menit setelah makan.

Rasional: Membantu pasien mengelola sekresi oral dan mengurangi risiko regurgitasi.

- q. Dorong partisipasi dalam program latihan.

Rasional: Dapat meningkatkan pelepasan endorfin di otak, meningkatkan rasa kesejahteraan umum dan meningkatkan nafsu makan.

- r. Berikan cairan IV dan selang makanan.

Rasional: Penggantian cairan dan nutrisi mungkin diperlukan jika pasien tidak dapat meminum apapun secara oral.

- s. Koordinasikan pendekatan multidisiplin untuk mengembangkan rencana perawatan yang memenuhi kebutuhan individu.

Rasional: Dimasukkannya ahli diet, ahli terapi wicara dan okupasi dapat meningkatkan efektivitas rencana jangka panjang dan secara signifikan mengurangi risiko aspirasi diam.

8. Intoleransi aktivitas

Rencana tujuan umum dan hasil yang diharapkan:

- a. Klien akan berpartisipasi dalam aktivitas fisik yang ditentukan dengan perubahan detak jantung, tekanan darah, dan laju pernapasan yang sesuai.
- b. Klien akan menyatakan gejala efek merugikan dari olahraga dan segera melaporkan timbulnya gejala.
- c. Klien akan mengungkapkan pemahaman tentang kebutuhan untuk meningkatkan aktivitas secara bertahap berdasarkan toleransi.
- d. Klien akan menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas.

Berikut ini adalah pengkajian keperawatan dan rasionalnya untuk rencana asuhan keperawatan intoleransi aktivitas pada pasien stroke hemoragik:

- a. Kaji tingkat aktivitas fisik dan mobilitas pasien.
Rasional: Memberikan informasi dasar untuk merumuskan tujuan keperawatan selama penetapan tujuan.
- b. Ukur denyut nadi istirahat, tekanan darah, dan pernapasan.
Rasional: Hentikan aktivitas jika pasien merespons dengan nyeri dada, vertigo, dan/atau pusing, penurunan denyut nadi, tekanan darah sistemik, respon pernapasan.
- c. Pertimbangkan kecepatan, ritme, dan kualitas denyut nadi.
- d. Jika tandanya normal, minta pasien melakukan aktivitas.
- e. Dapatkan tanda-tanda vital segera setelah aktivitas
- f. Mintalah pasien istirahat selama 3 menit dan kemudian ambil tanda vital lagi.
Rasional: Kurangi durasi dan intensitas aktivitas jika: Denyut nadi membutuhkan waktu lebih dari 3 hingga 4 menit untuk kembali ke dalam 6-7 denyut nadi istirahat serta peningkatan RR berlebihan setelah aktivitas.
- g. Kaji persepsi pasien tentang penyebab intoleransi aktivitas.
Rasional: Faktor penyebab dapat bersifat sementara atau permanen serta fisik atau psikologis. Menentukan penyebab dapat membantu memandu perawat selama intervensi keperawatan.
- h. Kaji status gizi pasien.
Rasional: Cadangan energi yang cukup diperlukan selama beraktivitas.
- i. Amati dan pantau pola tidur pasien dan jumlah tidur yang dicapai selama beberapa hari terakhir.
Rasional: Kurang tidur dan kesulitan saat tidur dapat memengaruhi tingkat aktivitas pasien, hal ini perlu diatasi sebelum perkembangan aktivitas yang berhasil dapat dicapai.
- j. Tentukan rutinitas harian pasien dan obat bebas.
Rasional: Kelelahan dapat membatasi kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas yang diperlukan. Ini juga bisa menjadi efek samping obat. Perhatikan penggunaan beta-blocker, calcium channel blocker, obat penenang, antihistamin, relaksan, alkohol, dan obat penenang oleh pasien.
- k. Kaji kebutuhan alat bantu ambulasi (misalnya, tongkat, alat bantu jalan) untuk ADL.
Rasional: Alat bantu meningkatkan mobilitas pasien dengan membantunya mengatasi keterbatasan.
- l. Gunakan oksimetri nadi portabel untuk menilai desaturasi oksigen selama aktivitas.

- Rasional: Dapat menentukan penggunaan oksigen tambahan untuk membantu mengkompensasi kebutuhan oksigen yang meningkat selama aktivitas fisik.
- m. Kaji status kardiopulmoner awal pasien (mis., Denyut jantung, TD ortostatik) sebelum memulai aktivitas.
Rasional: Pada orang dewasa normal, HR tidak boleh meningkat lebih dari 20 sampai 30 denyut/menit di atas waktu istirahat dengan aktivitas rutin. Pasien yang lebih tua lebih rentan terhadap penurunan tekanan darah ortostatik dengan perubahan posisi.
 - n. Amati dan dokumentasikan respons terhadap aktivitas.
Rasional: Pemantauan yang ketat akan berfungsi sebagai panduan untuk perkembangan aktivitas yang optimal.
 - o. Kaji respons emosional terhadap keterbatasan aktivitas fisik.
Rasional: Depresi atas ketidakmampuan melakukan aktivitas dapat menjadi sumber stres dan frustrasi.

Berikut adalah intervensi keperawatan dan rasional tindakan untuk rencana asuhan keperawatan risiko gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik:

- a. Tetapkan pedoman dan tujuan aktivitas dengan pasien dan/atau orang terdekat.
Rasional: Motivasi dan kerja sama ditingkatkan jika pasien berpartisipasi dalam penetapan tujuan.
- b. Evaluasi kebutuhan akan bantuan tambahan di rumah.
Rasional: Upaya terkoordinasi lebih bermakna dan efektif dalam membantu pasien dalam menghemat energi.
- c. Minta pasien melakukan aktivitas lebih lambat, dalam waktu lebih lama dengan lebih banyak istirahat atau jeda, atau dengan bantuan jika perlu.
Rasional: Membantu dalam meningkatkan toleransi untuk aktivitas.
- d. Tingkatkan aktivitas secara bertahap dengan latihan rentang gerak aktif di tempat tidur, tingkatkan menjadi duduk lalu berdiri.
Rasional: Kemajuan aktivitas secara bertahap mencegah kelelahan.
- e. Menjuntai kaki dari sisi tempat tidur selama 10 sampai 15 menit.
Rasional: Mencegah hipotensi ortostatik.
- f. Menahan diri dari melakukan kegiatan atau prosedur yang tidak penting.
Rasional: Pasien dengan toleransi aktivitas terbatas perlu memprioritaskan tugas-tugas penting terlebih dahulu.
- g. Bantu dengan ADL sambil menghindari ketergantungan pasien.
Rasional: Membantu pasien dengan ADL memungkinkan konservasi energi. Hati-hati menyeimbangkan pemberian bantuan; memfasilitasi ketahanan

- progresif pada akhirnya akan meningkatkan toleransi aktivitas dan harga diri pasien.
- h. Sediakan toilet samping tempat tidur sesuai indikasi.
Rasional: Penggunaan commode memerlukan pengeluaran energi yang lebih sedikit dibandingkan menggunakan pispol atau ambulasi ke kamar mandi.
 - i. Dorong aktivitas fisik yang konsisten dengan tingkat energi pasien.
Rasional: Membantu mempromosikan rasa otonomi sambil bersikap realistik tentang kemampuan.
 - j. Instruksikan pasien untuk merencanakan aktivitas saat mereka memiliki energi paling banyak.
Rasional: Kegiatan harus direncanakan sebelumnya agar bertepatan dengan tingkat energi puncak pasien. Jika tujuannya terlalu rendah, negosiasikan.
 - k. Dorong verbalisasi perasaan tentang keterbatasan.
Rasional: Ini membantu pasien untuk mengatasinya. Pengakuan bahwa hidup dengan intoleransi aktivitas sulit secara fisik dan emosional.
 - l. Tingkatkan aktivitas pasien secara bertahap dengan hal-hal berikut:
 - 1) Latihan rentang gerak (ROM) di tempat tidur, secara bertahap meningkatkan durasi dan frekuensi (kemudian intensitas) untuk duduk dan kemudian berdiri.
 - 2) Latihan pernapasan dalam tiga kali atau lebih setiap hari.
 - 3) Duduk di kursi 30 menit tiga kali sehari.
 - 4) Berjalan di kamar 1 hingga 2 menit TID.
 - 5) Berjalan menyusuri lorong sejauh 20 kaki atau berjalan melewati rumah, kemudian berjalan perlahan ke luar rumah, menghemat tenaga untuk perjalanan pulang.

Rasional: Durasi dan frekuensi harus ditingkatkan sebelum intensitas.
 - m. Dorong latihan ROM aktif. Dorong pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan perencanaan yang secara bertahap membangun daya tahan.
Rasional: Latihan mempertahankan kekuatan otot, ROM sendi, dan toleransi latihan. Pasien yang tidak aktif secara fisik perlu meningkatkan kapasitas fungsional melalui latihan berulang dalam jangka waktu yang lama. Latihan kekuatan sangat berharga dalam meningkatkan daya tahan banyak ADL.
 - n. Berikan dukungan emosional dan sikap positif mengenai kemampuan.
Rasional: Pasien mungkin takut akan kelelahan dan potensi kerusakan pada jantung. Pengawasan yang tepat selama upaya awal dapat meningkatkan kepercayaan diri.
 - o. Berikan pasien peralatan adaptif yang diperlukan untuk menyelesaikan ADL.

Rasional: Alat bantu yang tepat akan memungkinkan pasien untuk mencapai kemandirian yang optimal untuk perawatan diri dan mengurangi konsumsi energi selama aktivitas.

- p. Ajarkan pasien dan/atau SO untuk mengenali tanda-tanda aktivitas fisik yang berlebihan atau kelelahan.

Rasional: Pengetahuan meningkatkan kesadaran untuk mencegah komplikasi dari kelelahan.

- q. Ajarkan teknik konservasi energi, seperti:

- 1) Duduk untuk melakukan tugas
- 2) Perubahan posisi yang sering
- 3) Mendorong daripada menarik
- 4) Geser daripada mengangkat
- 5) Bekerja dengan kecepatan yang seimbang
- 6) Menempatkan barang-barang yang sering digunakan agar mudah dijangkau
- 7) Istirahat minimal 1 jam setelah makan sebelum memulai aktivitas baru
- 8) Menggunakan gerobak beroda untuk kebutuhan laundry, belanja, dan kebersihan
- 9) Mengatur jadwal kerja-istirahat-kerja

Rasional: Teknik-teknik ini mengurangi konsumsi oksigen, memungkinkan aktivitas yang lebih lama.

- r. Untuk pasien dengan insufisiensi paru: Dorong teknik pernapasan yang dikendalikan secara sadar (misalnya, pernapasan bibir dan pernapasan diafragma) selama peningkatan aktivitas dan saat stres emosional atau fisik. Pernapasan bibir mengerucut: Suruh klien menarik nafas melalui hidung, lalu keluarkan perlahan melalui bibir yang tertutup sebagian sambil menghitung sampai tujuh dan mengeluarkan suara “puuu”.

Pernapasan diafragma atau pernapasan perut:

- 1) Minta pasien duduk dengan nyaman dengan lutut ditekuk dan bahu, kepala, leher rileks.
- 2) Tarik napas perlahan melalui hidung sehingga perut bergerak ke arah tangan Anda.
- 3) Tangan di dada harus tetap diam.
- 4) Letakkan satu tangan di dada bagian atas dan tangan lainnya tepat di bawah tulang rusuk untuk memungkinkan palpasi gerakan diafragma saat bernapas.
- 5) Kencangkan otot perut, biarkan jatuh ke dalam selama pernafasan melalui bibir yang mengerucut.
- 6) Tangan di dada bagian atas harus tetap diam

Rasional: Membantu dalam melakukan pernapasan yang efisien dengan memaksimalkan pengembangan paru-paru.

9. Risiko pengabaian sepihak

Rencana tujuan umum dan hasil yang diharapkan untuk diagnosis keperawatan ini meliputi:

- a. Pasien akan mendemonstrasikan dan menggunakan teknik yang dapat digunakan untuk meminimalkan pengabaian unilateral
- b. Pasien akan merawat kedua sisi tubuh dengan tepat dan menjaga sisi yang sakit bebas dari bahaya
- c. Pasien akan kembali ke tingkat fungsi optimal yang mungkin
- d. Pasien akan bebas dari cedera

Berikut adalah panduan pengkajian dan rasional keperawatan untuk rencana asuhan keperawatan risiko pengabaian sepihak pada pasien stroke hemoragik:

- a. Kaji klien untuk tanda-tanda pengabaian unilateral. Tanda dan gejala meliputi:
 - 1) Mengabaikan mencuci, mencukur, atau mendandani salah satu sisi tubuh
 - 2) Duduk atau berbaring dengan tidak tepat pada lengan atau tungkai yang sakit
 - 3) Gagal berespons terhadap rangsangan lingkungan kontralateral sisi lesi
 - 4) Makan makanan hanya di satu sisi piring
 - 5) Gagal melihat ke satu sisi tubuh
 - 6) Perubahan perilaku keselamatan pada sisi yang diabaikan
 - 7) Gangguan lateralisasi suara
 - 8) Kegagalan berpakaian sisi terabaikan
 - 9) Gagal memakan makanan dari porsi piring di sisi yang terabaikan
 - 10) Kegagalan merawat sisi yang terabaikan
 - 11) Kegagalan menggerakkan bagian tubuh (mata, kepala, tungkai, badan) pada hemisfer yang terabaikan
 - 12) Gagal memperhatikan orang yang mendekat dari sisi yang terabaikan
 - 13) Hemianopsia

Berikut adalah intervensi dan rasional keperawatan untuk rencana asuhan keperawatan risiko pengabaian sepihak pada pasien stroke hemoragik:

- a. Secara progresif tingkatkan kemampuan klien untuk mengatasi pengabaian unilateral dengan menggunakan alat bantu, umpan balik, dan dukungan selama rehabilitasi.

Rasional: Pemulihan dari pengabaian unilateral umumnya terjadi dalam empat minggu pertama setelah stroke, dengan pemulihan yang jauh lebih bertahap setelah itu.

- b. Memulai intervensi pencegahan jatuh.

Rasional: Pasien dengan CVA dua kali lebih mungkin jatuh. Lihat Risiko Jatuh dan Risiko Cedera.

- c. Atur lingkungan agar aktivitas penting tidak terpengaruh.

Rasional: Ini membantu dalam memusatkan perhatian dan membantu dalam pemeliharaan keselamatan. Tempatkan barang-barang pribadi klien dalam pandangan dan sisi yang tidak terpengaruh. Posisikan tempat tidur sehingga klien didekati dari sisi yang tidak terpengaruh.

- d. Didik pasien untuk memutar kepala ke arah bidang visual yang rusak.

Rasional: Untuk mengkompensasi hilangnya ketajaman visual.

- e. Ajarkan klien untuk menyadari masalah dan memodifikasi perilaku dan lingkungan.

Rasional: Kesadaran akan lingkungan mengurangi risiko cedera.

- f. Arahkan klien atau orang terdekat (SO) untuk memposisikan tempat tidur di rumah sehingga klien turun dari tempat tidur pada sisi yang tidak terpengaruh.

Rasional: Meningkatkan keamanan.

- g. Dorong partisipasi keluarga dalam perawatan dan olahraga.

Rasional: Peningkatan terlihat pada klien yang mengikuti latihan senam bersama anggota keluarganya.

- h. Ajari klien cara memindai secara teratur untuk memeriksa posisi bagian tubuh dan secara berkala memutar kepala dari sisi ke sisi saat ambulasi atau melakukan ADL.

Rasional: Penggunaan teknik ini membantu meningkatkan keselamatan pasien.

- i. Bicaralah dengan suara tenang, nyaman, tenang, menggunakan kalimat pendek. Pertahankan kontak mata.

Rasional: Pasien mungkin memiliki rentang perhatian yang terbatas atau masalah dengan pemahaman. Langkah-langkah ini dapat membantu pasien menghadiri komunikasi.

- j. Pastikan persepsi pasien. Sering-seringlah mengarahkan pasien ke lingkungan, staf, prosedur.

Rasional: Membantu pasien untuk mengidentifikasi inkonsistensi dalam penerimaan dan integrasi rangsangan dan dapat mengurangi distorsi persepsi realitas.

- k. Dekati pasien dari sisi yang utuh secara visual. Biarkan lampu menyala; memposisikan objek untuk memanfaatkan bidang visual yang utuh. Tambal mata yang terkena jika diindikasikan.
 Rasional: Membantu pasien untuk mengenali keberadaan orang atau benda dan dapat membantu dengan masalah persepsi kedalaman. Ini juga mencegah pasien dari keterkejutan. Menambal mata dapat mengurangi kebingungan sensorik dari penglihatan ganda.
- l. Merangsang indra peraba. Berikan objek pasien untuk disentuh, dan pegang. Suruh pasien berlatih menyentuh batas dinding.
 Rasional: Membantu dalam melatih kembali jalur sensorik untuk mengintegrasikan penerimaan dan interpretasi rangsangan. Membantu pasien mengorientasikan diri secara spasial dan memperkuat penggunaan sisi yang sakit.
- m. Anjurkan pasien untuk memperhatikan kaki bila perlu dan secara sadar memposisikan bagian tubuh. Buat pasien menyadari semua bagian tubuh yang terabaikan: stimulasi sensorik pada sisi yang terkena, latihan yang membawa sisi yang terkena melewati garis tengah, mengingatkan orang tersebut untuk berpakaian/merawat sisi yang terkena (“buta”).
 Rasional: Penggunaan rangsangan visual dan taktil membantu dalam reintegrasi sisi yang terkena dan memungkinkan pasien untuk mengalami sensasi pola gerakan normal yang terlupakan.

10. Kurang pengetahuan

Rencana tujuan umum dan hasil yang diharapkan:

- a. Pasien akan berpartisipasi dalam proses pembelajaran.
- b. Pasien akan mengungkapkan pemahaman tentang kondisi/prognosis dan potensi komplikasi.
- c. Pasien akan mengungkapkan pemahaman tentang rejimen terapeutik dan alasan tindakan.
- d. Pasien akan memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan.

Berikut pengkajian keperawatan dan rasional untuk rencana asuhan keperawatan kurang pengetahuan pada pasien stroke hemoragik:

- a. Kaji jenis dan derajat keterlibatan sensorik-perseptual.
 Rasional: Hal ini akan mempengaruhi pilihan metode pengajaran dan kompleksitas isi pengajaran.
- b. Identifikasi tanda dan gejala yang memerlukan tindak lanjut lebih lanjut: perubahan atau penurunan fungsi visual, motorik, sensorik; perubahan dalam mentalitas atau respons perilaku; sakit kepala parah.

- Rasional: Evaluasi dan intervensi segera mengurangi risiko komplikasi dan kehilangan fungsi lebih lanjut.
- c. Identifikasi faktor risiko individu (misalnya, hipertensi, disritmia jantung, obesitas, merokok, penggunaan alkohol berat, aterosklerosis, kontrol diabetes yang buruk, penggunaan kontrasepsi oral) dan diskusikan perubahan gaya hidup yang diperlukan.
Rasional: Meningkatkan kesejahteraan umum dan dapat mengurangi risiko kekambuhan. Catatan: Obesitas pada wanita ditemukan berkorelasi tinggi dengan stroke iskemik.

Di bawah ini adalah intervensi keperawatan dan rasionalnya untuk rencana asuhan keperawatan kurang pengetahuan pada pasien stroke hemoragik:

- a. Libatkan orang terdekat dan keluarga dalam diskusi dan pengajaran.
Rasional: Orang-orang ini akan memberikan dukungan dan perawatan, sehingga berdampak signifikan pada kualitas hidup pasien dan perawatan kesehatan di rumah.
- b. Diskusikan patologi spesifik dan potensi individu.
Rasional: Membantu dalam menetapkan harapan yang realistik dan meningkatkan pemahaman tentang situasi dan kebutuhan saat ini.
- c. Tinjau pembatasan saat ini dan diskusikan potensi dimulainya kembali aktivitas (termasuk hubungan seksual).
Rasional: Meningkatkan pemahaman, memberikan harapan untuk masa depan, dan menciptakan harapan untuk memulai kembali kehidupan yang lebih “normal”.
- d. Perkuat rejimen terapeutik saat ini, termasuk menggunakan obat untuk mengontrol hipertensi, hipercolesterolemia, diabetes, sesuai indikasi; aspirin atau obat yang bekerja serupa, misalnya, ticlopidine (Ticlid), warfarin sodium (Coumadin). Identifikasi cara melanjutkan program setelah keluar.
Rasional: Kegiatan yang direkomendasikan, batasan, dan kebutuhan pengobatan dan terapi ditetapkan berdasarkan pendekatan interdisipliner yang terkoordinasi. Tindak lanjut sangat penting untuk perkembangan pemulihan dan pencegahan komplikasi. Antikoagulan jangka panjang mungkin bermanfaat untuk pasien berusia di atas 45 tahun yang rentan terhadap pembentukan gumpalan; namun, penggunaan obat ini tidak praktis untuk CVA akibat aneurisma vaskular atau ruptur pembuluh darah.
- e. Berikan instruksi tertulis dan jadwal aktivitas, pengobatan, fakta penting.
Rasional: Memberikan penguatan visual dan sumber referensi setelah dibuang.
- f. Dorong pasien untuk merujuk pada komunikasi tertulis atau catatan alih-alih bergantung pada ingatan.

- Rasional: Memberikan bantuan untuk mendukung memori dan meningkatkan peningkatan keterampilan kognitif.
- g. Diskusikan rencana untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.
Rasional: Berbagai tingkat bantuan mungkin perlu direncanakan berdasarkan situasi individu.
- h. Anjurkan pasien mengurangi rangsangan lingkungan, terutama selama aktivitas kognitif.
Rasional: Berbagai rangsangan dapat memperburuk kebingungan, membuat pasien kewalahan, dan merusak kemampuan mental.
- i. Merekomendasikan pasien mencari bantuan dalam proses pemecahan masalah dan memvalidasi keputusan, sesuai indikasi.
Rasional: Beberapa pasien (terutama mereka dengan CVA kanan) mungkin menunjukkan gangguan penilaian dan perilaku impulsif, mengorbankan kemampuan mereka untuk membuat keputusan yang tepat.
- j. Kaji ulang pentingnya diet seimbang, rendah kolesterol dan sodium jika diindikasikan. Diskusikan peran vitamin dan suplemen lainnya.
Rasional: Meningkatkan kesehatan umum dan kesejahteraan dan menyediakan energi untuk aktivitas kehidupan.
- k. Perkuat pentingnya perawatan lanjutan oleh tim rehabilitasi: terapis fisik dan okupasi, terapis kejuruan, terapis wicara, dan ahli gizi.
Rasional: Pekerjaan yang konsisten pada akhirnya dapat meminimalkan atau mengatasi defisit residual.
- l. Rujuk ke supervisor perawatan di rumah atau perawat tamu.
Rasional: Lingkungan rumah mungkin memerlukan evaluasi dan modifikasi untuk memenuhi kebutuhan individu.

11. Risiko sindrom disuse

Rencana tujuan umum dan hasil yang diharapkan untuk risiko sindrom disuse adalah:

- a. Pasien dan orang penting lainnya akan menampilkan metode yang meningkatkan ambulasi dan pemindahan.
- b. Pasien tidak akan memperlihatkan tanda-tanda subluksasi bahu atau sindrom bahu-tangan.

Berikut pengkajian keperawatan dan rasional untuk rencana asuhan keperawatan risiko sindrom disuse pada pasien stroke hemoragik:

- a. Kaji adanya subluksasi bahu, seperti nyeri hebat dan bengkak, sensasi kesemutan, ketidakmampuan menggerakkan sendi, perubahan tampilan penonjolan tulang.

Rasional: Subluksasi bahu terjadi ketika otot-otot di sekitar bahu menjadi lemah, mengakibatkan pemisahan sendi bahu.

Berikut adalah intervensi keperawatan dan rasional tindakan pada rencana asuhan keperawatan risiko sindrom disuse pada pasien stroke hemoragik:

- a. Anjurkan pasien untuk menginspeksi ekstremitas terlebih dahulu, kemudian periksa posisi sebelum ambulasi.

Rasional: Ini adalah tindakan pencegahan keamanan untuk menghindari jatuh. Misalnya, peringatkan pasien untuk melakukan upaya sadar untuk mengangkat dan menjulurkan kaki saat ambulasi.

- b. Sediakan bantal atau lapboard untuk digunakan sebagai penopang dalam memposisikan pasien pada keselarasan yang benar. Dorong ROM aktif/pasif untuk meningkatkan tonus otot.

Rasional: Intervensi ini membantu mempertahankan posisi anatomis.

- c. Anjurkan klien dengan masalah keseimbangan untuk menyesuaikan diri dengan bersandar ke sisi yang lebih kuat untuk memastikan postur tegak yang benar.

Rasional: Pasien stroke cenderung bersandar pada sisi lemah mereka.

- d. Anjurkan penggunaan gendongan lengan.

Rasional: Gendongan mendukung dan melindungi lengan dan bahu saat klien berdiri atau berjalan.

- e. Hindari menarik lengan yang sakit. Letakkan tangan di belakang skapula saat menggerakkan ekstremitas atas alih-alih menarik dari lengan; Gunakan lembar pengangkat selama reposisi tempat tidur. Saat pasien duduk, berikan permukaan penyangga yang kokoh pada lengan.

Rasional: Ini adalah intervensi yang membantu mencegah subluksasi dan kelainan bentuk. Saat di tempat tidur, bahu harus diletakkan agak ke depan untuk melawan rotasi bahu. Lengan yang terkena harus ditempatkan dalam rotasi eksternal saat pasien berbaring di sisi yang sakit.

- f. Berikan instruksi teknik pemindahan dengan menggunakan ekstremitas yang lebih kuat untuk menggerakkan ekstremitas yang lebih lemah.

Rasional: Misalnya, untuk menggerakkan kaki yang sakit di tempat tidur atau saat berganti dari posisi berbaring ke duduk, geser kaki yang tidak sakit ke bawah pergelangan kaki yang sakit untuk mengangkat, menopang, dan membawa kaki yang sakit ke dalam gerakan yang diinginkan.

- g. Instruksikan pasien untuk menggunakan alas kaki yang tepat. Hindari penggunaan sandal.

Rasional: Alas kaki yang pas membantu meningkatkan keseimbangan. Menggunakan sandal dapat membuat pasien berisiko jatuh.

- h. Berikan latihan rentang gerak sendi ringan dan posisi lengan yang tepat untuk menghindari sindrom bahu-tangan. Posisikan lengan di perut atau

sandarkan di bantal saat pasien di tempat tidur. Jangan letakkan lengan di bawah tubuh. Pertahankan lengan di atas tingkat jantung. Dorong gerakan bahu yang berulang dan kepalan tangan yang teratur mengepalkan dan melepaskan.

Rasional: Sindrom bahu-tangan adalah kondisi neurovaskular yang ditandai dengan nyeri, edema, dan atrofi kulit dan otot karena gangguan aksi pemompaan sirkulasi ekstremitas atas.

- i. Menginstruksikan dan menerapkan prinsip-prinsip transfer berikut:
 - 1) Dorong menahan beban di sisi pasien yang lebih kuat.
 - 2) Ajari pasien untuk fokus pada sisi yang lebih kuat dan memanfaatkan lengan yang lebih kuat sebagai cara untuk menopang.
 - 3) Instruksikan pasien bahwa cara termudah dan teraman untuk mentransfer adalah pergi ke sisi yang tidak terpengaruh.
 - 4) Ajari pasien untuk meletakkan sisi yang tidak terpengaruh paling dekat dengan tempat tidur atau kursi yang ingin dipindahkan.
 - 5) Instruksikan pasien untuk meletakkan kaki yang sakit di bawah dengan kaki rata di tanah selama pemindahan.
 - 6) Tempatkan kursi roda yang terkunci atau kursi yang diperkuat di dekat sisi tubuh pasien yang lebih kuat.

Rasional: Ini adalah metode yang harus diikuti saat memindahkan pasien dengan gangguan mobilitas fisik. Prinsip transfer ini menekankan penggunaan sisi yang lebih kuat atau tidak terpengaruh untuk membantu mendukung pasien untuk transfer yang aman guna mengurangi risiko jatuh.

- j. Jika klien membutuhkan bantuan dari staf perawatan kesehatan, hentikan klien dari menarik atau melingkarkan tangan di leher asisten sebagai alat untuk menopang.

Rasional: Anggota staf harus menggunakan lutut dan kaki mereka untuk menopang kaki dan lutut klien yang lemah.

- k. Mengamankan rujukan ke terapi fisik dan terapi okupasi jika diperlukan. Perkuat teknik mobilisasi khusus seperti rehabilitasi neuromuskuler propriozeptif, perawatan perkembangan saraf, program pembelajaran ulang motorik, dan terapi gerakan yang diinduksi kendala per program rehabilitasi individual klien.

Rasional: Teknik ini mungkin berbeda dari prinsip umum yang disebutkan. Misalnya, Bobath berfokus pada penggunaan sisi yang sakit dalam pelatihan mobilitas sehingga pasien mencoba menahan beban di sisi yang sakit dan bergerak ke sisi yang sakit untuk mempelajari kembali pola dan posisi gerakan normal. Terapi gerakan melibatkan menahan lengan yang berfungsi untuk menginduksi "pengkabelan ulang otak", sehingga meningkatkan gerakan fungsional.

12. Risiko cedera

Di bawah ini adalah rencana tujuan dan hasil umum yang diharapkan untuk rencana asuhan keperawatan risiko cedera pada pasien stroke hemoragik:

- a. Pasien akan berinteraksi secara tepat dengan lingkungannya dan tidak menunjukkan bukti cedera yang disebabkan oleh defisit sensorik/perseptual.

Di bawah ini adalah pengkajian keperawatan dan rasional tindakan untuk rencana asuhan keperawatan risiko cedera pada pasien stroke hemoragik:

- a. Kaji jenis dan derajat cedera hemisfer yang ditunjukkan pasien.

Rasional: Jelaskan cedera hemisfer kanan dan kiri.

- b. Evaluasi defisit visual. Perhatikan hilangnya lapang pandang, perubahan persepsi mendalam (bidang horizontal dan/atau vertikal), adanya diplopia (penglihatan ganda).

Rasional: Kehadiran gangguan penglihatan dapat berdampak negatif pada kemampuan pasien untuk memahami lingkungan dan mempelajari kembali keterampilan motorik serta meningkatkan risiko kecelakaan dan cedera.

- c. Kaji kesadaran pancaindera: tumpul karena tajam, panas karena dingin, posisi bagian tubuh, indra persendian.

Rasional: Berkurangnya kesadaran sensorik dan penurunan indra kinestetik berdampak negatif pada keseimbangan dan posisi serta kesesuaian gerakan, yang mengganggu ambulasi, meningkatkan risiko trauma.

- d. Catat kurangnya perhatian pada bagian tubuh, segmen lingkungan, kurangnya pengenalan objek/orang yang dikenal.

Rasional: Agnosia, hilangnya pemahaman pendengaran, visual, atau sensasi lainnya, dapat menyebabkan pengabaian unilateral, ketidakmampuan untuk mengenali isyarat lingkungan, defisit perawatan diri yang cukup besar, dan disorientasi atau perilaku aneh.

Berikut adalah intervensi keperawatan dan rasional tindakan untuk rencana asuhan keperawatan risiko cedera pada pasien stroke hemoragik:

- a. Dorong pasien dengan cedera hemisfer non-dominan (kanan) untuk memperlambat dan memeriksa setiap langkah atau tugas setelah selesai.

Rasional: Pasien dengan cedera hemisfer non-dominan (kanan) mungkin juga mengalami penurunan sensasi nyeri dan defisit lapang pandang dan indra penglihatan tetapi biasanya tidak peduli atau tidak menyadari atau menyangkal defisit atau kehilangan kemampuan. Mereka cenderung impulsif dan terlalu cepat dengan gerakan. Biasanya, mereka memiliki penilaian yang buruk tentang apa yang mereka bisa dan tidak bisa lakukan dan sering melebih-lebihkan kemampuan mereka. Orang-orang ini berisiko

mengalami luka bakar, memar, luka sayat, dan jatuh dan mungkin perlu ditahan untuk tidak melakukan aktivitas yang tidak aman. Mereka juga lebih cenderung mengalami pengabaian unilateral daripada individu dengan cedera hemisfer dominan (kiri).

- b. Ingatkan pasien yang memiliki cedera hemisfer dominan (kiri) untuk memindai lingkungannya.

Rasional: Pasien-pasien ini mungkin kekurangan atau mengalami penurunan sensasi rasa sakit dan rasa posisi dan memiliki defisit bidang visual di sisi kanan tubuh. Mereka mungkin membutuhkan pengingat untuk memindai lingkungan mereka tetapi biasanya tidak menunjukkan pengabaian sepihak.

- c. Dorong upaya sadar untuk memindai seluruh lingkungan dengan memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain.

Rasional: Pasien mungkin mengalami defisit bidang visual di mana mereka secara fisik hanya dapat melihat sebagian (biasanya sisi kiri atau kanan) dari bidang visual normal (hemianopsia homonim).

- d. Berikan pesan atau pertanyaan singkat dan sederhana serta petunjuk langkah demi langkah. Pertahankan percakapan pada tingkat yang konkret (misalnya, ucapan "air", bukan "cair"; "kaki", bukan "anggota tubuh").

Rasional: Orang-orang ini mungkin memiliki keterampilan berpikir abstrak yang buruk. Mereka cenderung lamban, hati-hati, dan tidak teratur ketika mendekati masalah yang tidak biasa dan mendapat manfaat dari umpan balik kinerja yang sering, akurat, dan segera. Mereka mungkin merespon dengan baik dorongan nonverbal, seperti tepukan di punggung.

- e. Minta pasien dengan apraksia mengembalikan peragaan tugas Anda atau lihat apakah mereka dapat berbicara melalui tugas atau mungkin dapat berbicara sendiri melalui tugas langkah demi langkah.

Rasional: Minta pasien dengan apraksia mengembalikan peragaan tugas Anda atau lihat apakah mereka dapat berbicara melalui tugas atau mungkin dapat berbicara sendiri melalui tugas langkah demi langkah.

- f. Intervensi sebagai berikut untuk pasien dengan cedera hemisfer nondominan (kanan).

Rasional: Pasien mungkin memiliki perubahan persepsi sensorik berikut.

- g. Pertahankan lingkungan pasien tetap sederhana untuk mengurangi beban sensorik yang berlebihan dan memungkinkan konsentrasi pada isyarat visual. Hilangkan rangsangan yang mengganggu.

Rasional: Gangguan kemampuan mengenali objek menggunakan indera pendengaran, getaran, atau sentuhan: Pasien ini lebih mengandalkan isyarat visual.

- h. Bantu pasien makan. Pantau lingkungan untuk bahaya keselamatan, dan singkirkan benda berbahaya seperti gunting dari samping tempat tidur.

Rasional: Kesulitan mengenali dan mengasosiasikan benda-benda yang sudah dikenal: Pasien mungkin tidak tahu tujuan dari peralatan perak. Pasien-pasien ini mungkin tidak mengenali objek berbahaya karena mereka tidak mengetahui tujuan dari objek tersebut atau mungkin tidak mengenali perbedaan halus antara objek (misalnya perbedaan antara garpu dan sendok mungkin menjadi terlalu halus untuk dideteksi).

- i. Ajarkan pasien untuk berkonsentrasi pada bagian tubuh, misalnya dengan memperhatikan ayunan tangan atau gerakan kaki saat berjalan. Menggunakan cermin juga dapat membantu mereka menyesuaikan diri.
Rasional: Kesalahpahaman tentang tubuh dan bagian tubuh sendiri: Pasien ini mungkin tidak menganggap kaki atau lengan mereka sebagai bagian dari tubuh mereka.
- j. Sediakan penahan atau sabuk kursi roda untuk menopang pasien ini.
Rasional: Ketidakmampuan untuk mengorientasikan diri dalam ruang: Mereka mungkin tidak tahu apakah mereka sedang berdiri, duduk, atau bersandar.
- k. Sediakan lingkungan yang terstruktur dan konsisten. Tandai bagian luar sepatu atau label pasien di bagian dalam lengan sweter atau celana panjang dengan "Kiri" dan "Kanan".
Rasional: Kesalahpahaman visual-spasial: Pasien mungkin mengalami kesulitan menilai jarak, ukuran, posisi, kecepatan gerakan, bentuk, dan bagaimana bagian berhubungan dengan keseluruhan. Misalnya, pasien mungkin meremehkan jarak dan menabrak pintu atau bingung di dalam dan di luar objek, seperti pakaian. Pasien-pasien ini mungkin kehilangan tempatnya saat membaca atau menjumlahkan angka dan karenanya tidak pernah menyelesaikan tugasnya.
- l. Arahkan perhatian pasien pada suara tertentu (mis., memainkan alat musik yang berbeda dan menghubungkan bunyinya dengan namanya.)
Rasional: Gangguan kemampuan untuk mengenali, mengasosiasikan, atau menafsirkan suara.
- m. Lindungi dari suhu ekstrem; menilai lingkungan untuk bahaya. Merekomendasikan pengujian air hangat dengan tangan yang tidak terpengaruh.
Rasional: Mempromosikan keselamatan pasien, mengurangi risiko cedera.

L. Implementasi

Implementasi keperawatan pada 12 diagnosis keperawatan pada pasien stroke hemoragik menyesuaikan dengan rencana tindakan yang telah dibahas pada poin intervensi di atas.

M. Evaluasi

Berikut adalah evaluasi yang diharapkan pada 12 diagnosis keperawatan pada stroke hemoragik.

1. Risiko perfusi jaringan otak yang tidak efektif

Evaluasi keperawatan untuk diagnosis keperawatan ini meliputi:

- a. Pasien akan mempertahankan tingkat kesadaran, kognisi, dan fungsi motorik/sensorik yang biasa/meningkat.
- b. Pasien akan menunjukkan tanda-tanda vital yang stabil dan tidak adanya tanda-tanda peningkatan TIK.
- c. Pasien tidak akan menunjukkan penurunan lebih lanjut/kekambuhan deficit.

2. Gangguan mobilitas fisik

Evaluasi keperawatan diagnosis ini adalah:

- a. Pasien akan mempertahankan/meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terpengaruh atau kompensasi [sebutkan].
- b. Pasien akan mempertahankan posisi fungsi optimal yang dibuktikan dengan tidak adanya kontraktur, foot drop.
- c. Pasien akan mendemonstrasikan teknik/perilaku yang memungkinkan dimulainya kembali aktivitas.
- d. Pasien akan mempertahankan integritas kulit.

3. Gangguan komunikasi verbal

Evaluasi keperawatan yang diharapkan:

- a. Pasien akan menunjukkan pemahaman tentang masalah komunikasi.
- b. Pasien akan menetapkan metode komunikasi di mana kebutuhan dapat diungkapkan.
- c. Pasien akan menggunakan sumber daya secara tepat.

4. Nyeri akut

Evaluasi keperawatan:

- a. Pasien melaporkan penurunan nyeri [sebutkan dengan penilaian skala nyeri].
- b. Pasien melakukan aktivitas untuk pemulihan dan rehabilitasi
- c. Pasien menunjukkan tidak adanya efek samping dari analgesic

5. Koping yang tidak efektif

Evaluasi keperawatan untuk diagnosis keperawatan ini:

- a. Pasien akan mengungkapkan penerimaan diri dalam situasi.
- b. Pasien akan berbicara/berkomunikasi dengan SO tentang situasi dan perubahan yang terjadi.
- c. Pasien akan mengungkapkan kesadaran akan kemampuan kopingnya sendiri.

- d. Pasien akan memenuhi kebutuhan psikologis yang dibuktikan dengan ekspresi perasaan yang tepat, identifikasi pilihan, dan penggunaan sumber daya.
6. Defisit perawatan diri
- Evaluasi keperawatan untuk diagnosis keperawatan ini meliputi:
- a. Pasien akan mendemonstrasikan teknik/perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.
 - b. Pasien akan melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuannya sendiri.
 - c. Pasien akan mengidentifikasi sumber daya pribadi/masyarakat yang dapat memberikan bantuan sesuai kebutuhan.
7. Risiko gangguan menelan
- Evaluasi untuk diagnosis keperawatan ini adalah:
- a. Pasien akan mendemonstrasikan metode pemberian makan yang sesuai dengan situasi individu dengan pencegahan aspirasi.
 - b. Pasien akan mempertahankan berat badan yang diinginkan.
8. Intoleransi aktivitas
- Evaluasi keperawatan untuk diagnosis keperawatan ini meliputi:
- a. Klien akan berpartisipasi dalam aktivitas fisik yang ditentukan dengan perubahan detak jantung, tekanan darah, dan laju pernapasan yang sesuai.
 - b. Klien akan menyatakan gejala efek merugikan dari olahraga dan segera melaporkan timbulnya gejala.
 - c. Klien akan mengungkapkan pemahaman tentang kebutuhan untuk meningkatkan aktivitas secara bertahap berdasarkan toleransi.
 - d. Klien akan menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas.
9. Risiko pengabaian sepihak
- Evaluasi untuk masalah keperawatan ini meliputi:
- a. Pasien akan mendemonstrasikan dan menggunakan teknik yang dapat digunakan untuk meminimalkan pengabaian unilateral
 - b. Pasien akan merawat kedua sisi tubuh dengan tepat dan menjaga sisi yang sakit bebas dari bahaya
 - c. Pasien akan kembali ke tingkat fungsi optimal yang mungkin
 - d. Pasien akan bebas dari cedera
10. Kurang pengetahuan
- Evaluasi yang diharapkan untuk masalah keperawatan ini adalah:
- a. Pasien akan berpartisipasi dalam proses pembelajaran.
 - b. Pasien akan mengungkapkan pemahaman tentang kondisi/prognosis dan potensi komplikasi.
 - c. Pasien akan mengungkapkan pemahaman tentang rejimen terapeutik dan alasan tindakan.

- d. Pasien akan memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan.
11. Risiko sindrom disuse
- Evaluasi keperawatan untuk masalah risiko sindrom disuse adalah:
- a. Pasien dan orang penting lainnya akan menampilkan metode yang meningkatkan ambulasi dan pemindahan.
 - b. Pasien tidak akan memperlihatkan tanda-tanda subluksasi bahu atau sindrom bahu-tangan.
12. Risiko cedera
- Evaluasi keperawatan untuk diagnosis ini adalah:
- a. Pasien akan berinteraksi secara tepat dengan lingkungannya dan tidak menunjukkan bukti cedera yang disebabkan oleh defisit sensorik/perseptual.

Daftar Pustaka

- Acharya, A. B., & Wroten, M. (2017). Wernicke Aphasia.
- Amarenco, P., Lavallée, P. C., Monteiro Tavares, L., Labreuche, J., Albers, G. W., Abboud, H., ... & Wong, L. K. (2018). Five-year risk of stroke after TIA or minor ischemic stroke. *New England Journal of Medicine*, 378(23), 2182-2190.
- Crawford, A., & Harris, H. (2016). Caring for adults with impaired physical mobility. *Nursing2020*, 46(12), 36-41.
- Cumbler, E., & Glasheen, J. (2007). Management of blood pressure after acute ischemic stroke: An evidence-based guide for the hospitalist. *Journal of Hospital Medicine: An Official Publication of the Society of Hospital Medicine*, 2(4), 261-267.
- Dowswell, G., Dowswell, T., & Young, J. (2000). Adjusting stroke patients' poor position: an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 286-291.
- Gorelick, P. B., Farooq, M. U., & Min, J. (2015). Population-based approaches for reducing stroke risk. *Expert review of cardiovascular therapy*, 13(1), 49-56.
- Hansen, A. P., Marcussen, N. S., Klit, H., Andersen, G., Finnerup, N. B., & Jensen, T. S. (2012). Pain following stroke: a prospective study. *European journal of pain*, 16(8), 1128-1136.
- NANDA INTERNATIONAL (2021). *Nursing Diagnoses: Definitions and classifications 2021-2023 Twelfth Edition*, Thieme: New York.
- Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2017). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 14th edition, Canada: Lippincott Williams & Wilkins
- Ignatavicius, D.D., Workman, M.L., Rebar, C.R., & Heimgartn (2020). *Medical-Surgical Nursing - E-Book: Concepts for Interprofessional Collaborative Care 10th Edition*, Kindle Edition, Singapore: Elsevier)
- Kazemzadeh, Z., Manzari, Z. S., & Pouresmail, Z. (2017). Nursing interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *International nursing review*, 64(2), 263-275.
- Kumar, R., Metter, E. J., Mehta, A. J., & Chew, T. (1990). Shoulder pain in hemiplegia. The role of exercise. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 69(4), 205-208.
- Lankhorst, G. J., & Bouter, L. M. (2002). Risk factors for hemiplegic shoulder pain: A systematic review. *Critical Reviews' in Physical and Rehabilitation Medicine*, 14(3&4), 223-233.
- Lewis, S.L., Bucher, L., Heitkemper, M.M., Harding, M. M., Kwong, J., Roberts, D. (2019). *Lewis's Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems, Single Volume 11th Edition*, Canada: Elsevier

- Li, J., Yuan, M., Liu, Y., Zhao, Y., Wang, J., & Guo, W. (2017). Incidence of constipation in stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96(25).
- Li, Z., & Alexander, S. A. (2015). Current evidence in the management of poststroke hemiplegic shoulder pain: a review. *Journal Of Neuroscience Nursing*, 47(1), 10-19.
- Marler, J. R., Tilley, B. C., Lu, M., Brott, T. G., Lyden, P. C., Grotta, J. C., ... & NINDS rt-PA Stroke Study Group. (2000). Early stroke treatment associated with better outcome: the NINDS rt-PA stroke study. *Neurology*, 55(11), 1649-1655.
- Menon, B. K., & Demchuk, A. M. (2011). Computed tomography angiography in the assessment of patients with stroke/TIA. *The Neurohospitalist*, 1(4), 187-199.
- Ovbiagele, B., Kidwell, C. S., Starkman, S., & Saver, J. L. (2003). Neuroprotective agents for the treatment of acute ischemic stroke. *Current neurology and neuroscience reports*, 3(1), 9-20.
- Purnawinadi, I. G. (2019). The Characteristics Of Impaired Physical Mobility Among Patients With Stroke. *Klabat Journal of Nursing*, 1(1), 1-8.
- Sacco, R. L. (2004). Risk factors for TIA and TIA as a risk factor for stroke. *Neurology*, 62(8 suppl 6), S7-S11.
- Shah, R. S., & Cole, J. W. (2010). Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert review of cardiovascular*
- Tyson, S. F., & Chissim, C. (2002). The immediate effect of handling technique on range of movement in the hemiplegic shoulder. *Clinical rehabilitation*, 16(2), 137-140.
- Xie, H. M., Guo, T. T., Sun, X., Ge, H. X., Chen, X. D., Zhao, K. J., & Zhang, L. N. (2021). Effectiveness of Botulinum Toxin A in Treatment of Hemiplegic Shoulder Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.

BIODATA PENULIS



Ns. Agus Purnama, S.Kep, M.K.M, M.Kep, lahir di tasikmalaya dari latar belakang orang tua yang sederhana dengan pendidikan akhir orang tua penulis Ayah dan Ibu Lulusan Sekolah Dasar. Rasa bangga yang tak terhingga memiliki orang tua seperti mereka ini yang harus penulis ucapkan terlebih dahulu. Alhamdulillah Pendidikan Penulis diantaranya adalah SD, SMP, dan SMA di Tasikmalaya, S1 Keperawatan di UPN Veteran Jakarta, Ners dan Magister Kesehatan di Universitas Indonesia Maju Jakarta, Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saat ini penulis masih melanjutkan di semester akhir spesialis keperawatan medikal bedah kekhususan neurovaskuler di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis adalah Lulusan Terbaik pertama Magister Keperawatan. Penulis pernah melakukan publikasi lebih dari 30 penelitian baik nasional maupun internasional yang telah disitasi lebih dari 300 sitasi, dan menulis lebih dari 7 buku keperawatan, dan lebih dari 7 Hak Kekayaan Intelektual.



Retno Ayu Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep, lahir 5 Juli 1990 di Madiun, Jawa Timur. Lulus studi Sarjana Keperawatan dan Ners di STIKES Karya Husada Kediri pada tahun 2013. Pengalaman bekerja di RS Mitra Keluarga Waru-Sidoarjo Ruang Bedah non Infeksius 2014-2015, Ruang Maternitas 2016-2017. Penulis melanjutkan Studi Magister Keperawatan Terapan Medikal Bedah Stroke di Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya tahun 2016, lulus tahun 2018 dan mulai mengajar di STIKES Surabaya 2019-sekarang.



Ns. Novita Amri, S.Kep, M.Kep, Lahir di Kota Sungai Penuh, Provinsi Jambi, 05 November 1984, Riwayat pendidikan Diploma III keperawatan di Akademi keperawatan Bina Insani Sakti tamat tahun 2007, S1 dan Ners di Sekolah Tinggi Indonesia Maju Jakarta tamat tahun 2010, dan menyelesaikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2017. Riwayat pekerjaan sejak lulus pendidikan Ners tahun 2010 bekerja sebagai Pengajar di Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti Sungai Penuh Provinsi Jambi sampai saat ini.

BIODATA PENULIS



Muhammad Ardi, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B, lahir di Soppeng 5 Juni 1979. Menyelesaikan Pendidikan D3 Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Makassar tahun 2002, Pendidikan S1 Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2005 dan Profesi Ners tahun 2006, Pendidikan S2 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2011 dan Program Spesialis Keperawatan Medikal Bedah tahun 2012. Penulis adalah Dosen Keperawatan Medikal Bedah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Makassar. Aktif sebagai pengurus Himpunan Perawat Medikal Bedah (HIPMEBI) Provinsi Sulawesi Selatan periode 2018-2023 dan Periode 2023-Sekarang. Pengurus Himpunan Perawat Neurosains Indonesia (HIPENI) Provinsi Sulawesi Selatan periode 2018-2023, dan Pengurus PPNI Kota Makassar Periode 2018-2023. Saat ini penulis sebagai Mahasiswa Program Studi Doktor Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.



Mugi Hartoyo, MN., lahir di Kota Semarang, telah menyelesaikan jenjang Pendidikan Diploma III Keperawatan di AKPER Dep. Kes. Semarang pada tahun 1992. Penulis memiliki pengalaman bekerja di RS dari tahun 1992 – 1994. Pada tahun 1994 mulai bekerja sebagai ASN di AKPER Dep. Kes Semarang hingga sekarang (saat ini bernama Poltekkes Kemenkes Semarang). Pada tahun 2000 penulis melanjutkan jenjang Pendidikan S1 Keperawatan (Honour) dan S2 Keperawatan di University of Melbourne, dan lulus program Master Keperawatan pada tahun 2003. Penulis aktif menulis buku dan melakukan penelitian di area keperawatan medical bedah.

Sinopsis Buku

"Asuhan Keperawatan Pada Sistem Neurovaskular"

Buku ini menggambarkan vertigo sebagai gangguan keseimbangan yang berasal dari Bahasa Latin "vertere" yang berarti memutar. Vertigo biasanya dijelaskan sebagai rasa pusing, sempoyongan, atau sensasi berputar-putar baik pada tubuh maupun lingkungan sekitarnya. Meskipun bukan penyakit itu sendiri, vertigo merupakan gejala dari kondisi medis yang mendasarinya. Buku ini berusaha memberikan pemahaman lebih mendalam tentang vertigo dan bagaimana gangguan keseimbangan ini dapat mengganggu kehidupan sehari-hari seseorang. Para peneliti telah meneliti prevalensi vertigo di berbagai negara, termasuk di Jerman, Prancis, dan Indonesia. Data menunjukkan bahwa vertigo cukup umum terjadi di kalangan populasi berusia 40-50 tahun, dan merupakan salah satu keluhan paling sering dijumpai setelah nyeri kepala dan stroke.

Buku ini juga mengulas tentang asuhan keperawatan dan penyebab serta mekanisme vertigo, di mana gangguan keseimbangan ini dapat disebabkan oleh kondisi anatomic atau reaksi fisiologis tertentu. Penderita vertigo seringkali merasakan ilusi gerakan atau lingkungan sekitarnya yang bergerak, meskipun sebenarnya lingkungan tersebut diam. Selain membahas tentang vertigo, buku ini juga mengulas tentang beberapa gangguan kesehatan lain yang berhubungan dengan masalah neurologis, seperti meningitis, paralisis Bell, dan stroke. Pembaca akan diberikan pemahaman tentang gejala, penyebab, dan dampak dari gangguan-gangguan ini pada kesehatan fisik dan mental seseorang.

Buku ini menyoroti pentingnya pengenalan dini intervensi keperawatan serta penanganan segera bagi pasien vertigo dan gangguan neurologis lainnya. Tim multidisiplin yang terlibat dalam manajemen stroke, misalnya, berkontribusi pada hasil yang lebih baik bagi pasien. Kehadiran buku ini menjadi relevan karena masih kesadaran perawat yang belum optimal dalam melakukan pemeriksaan ulang setelah menderita stroke. Padahal, kontrol rutin dan intervensi dini dapat mengurangi dampak buruk dari gangguan kesehatan ini. Buku ini akan menjadi referensi berharga bagi para perawat dan mahasiswa keperawatan yang ingin lebih memahami masalah kesehatan neurologis yang seringkali terjadi di masyarakat.

Buku ini menggambarkan vertigo sebagai gangguan keseimbangan yang berasal dari Bahasa Latin "vertere" yang berarti memutar. Vertigo biasanya dijelaskan sebagai rasa pusing, sempoyongan, atau sensasi berputar-putar baik pada tubuh maupun lingkungan sekitarnya. Meskipun bukan penyakit itu sendiri, vertigo merupakan gejala dari kondisi medis yang mendasarinya. Buku ini berusaha memberikan pemahaman lebih mendalam tentang vertigo dan bagaimana gangguan keseimbangan ini dapat mengganggu kehidupan sehari-hari seseorang. Para peneliti telah meneliti prevalensi vertigo di berbagai negara, termasuk di Jerman, Prancis, dan Indonesia. Data menunjukkan bahwa vertigo cukup umum terjadi di kalangan populasi berusia 40-50 tahun, dan merupakan salah satu keluhan paling sering dijumpai setelah nyeri kepala dan stroke.

Buku ini juga mengulas tentang asuhan keperawatan dan penyebab serta mekanisme vertigo, di mana gangguan keseimbangan ini dapat disebabkan oleh kondisi anatomic atau reaksi fisiologis tertentu. Penderita vertigo seringkali merasakan ilusi gerakan atau lingkungan sekitarnya yang bergerak, meskipun sebenarnya lingkungan tersebut diam. Selain membahas tentang vertigo, buku ini juga mengulas tentang beberapa gangguan kesehatan lain yang berhubungan dengan masalah neurologis, seperti meningitis, paralisis Bell, dan stroke. Pembaca akan diberikan pemahaman tentang gejala, penyebab, dan dampak dari gangguan-gangguan ini pada kesehatan fisik dan mental seseorang.

Buku ini menyoroti pentingnya pengenalan dini intervensi keperawatan serta penanganan segera bagi pasien vertigo dan gangguan neurologis lainnya. Tim multidisiplin yang terlibat dalam manajemen stroke, misalnya, berkontribusi pada hasil yang lebih baik bagi pasien. Kehadiran buku ini menjadi relevan karena masih kesadaran perawat yang belum optimal dalam melakukan pemeriksaan ulang setelah menderita stroke. Padahal, kontrol rutin dan intervensi dini dapat mengurangi dampak buruk dari gangguan kesehatan ini. Buku ini akan menjadi referensi berharga bagi para perawat dan mahasiswa keperawatan yang ingin lebih memahami masalah kesehatan neurologis yang seringkali terjadi di masyarakat.

Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



ISBN 978-623-88564-3-5

