

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Stroke

1. Definisi

- a. Stroke adalah serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang di sebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh system pembuluh darah otak. Stroke merupakan gangguan sirkulasi serebral, merupakan suatu gangguan neurologis fokal yang dapat timbul sekunder dari suatu proses patologi pada pembuluh darah serebral (Wijaya & Putri 2013).
- b. Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa deficit neurologis fokal, atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian dan semata-mata disebabkan oleh gangguan perdarahan darah otak non traumatic (Rendi & Margareth, 2012).
- c. Stroke adalah gangguan perdarahan darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Nurarif & Kusuma, 2015).

2. Klasifikasi

Stroke dapat diklasifikasikan menurut patologi dan gejala klinis nya, yaitu:

- a. Stroke Hemoragik merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat kesadaran pasien umumnya menurun. Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologi fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer

substansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh karena troma kapitis di sebabkan oleh karena pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler. Pendarahan otak di bagi dua, yaitu:

- 1) Perdarahan entraserebra: pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra serebral yang di sebabkan karena hipertensi sering di jumpai di daerah putamen, thalamus, pons dan dan serebelum
- 2) Perdarahan esubarachnoid: perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau APM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang sub arachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasos pasmi pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (Hemiparesis, gangguan hemisensori, afasia)

b. Stroke non Haemorrhagic (CVA infark)

Dapat berupa iskemik atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder kesadaran umumnya baik.

Menurut perjalanan penyakit atau stadiumnya :

- 1) TIA (trans iskemi attack):gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberap menit sampai beberapa jam saja . Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
- 2) Setroke ivolusi :stroke yang terjadi masih terus berkembang di mana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk proses dapat berjalan 24jam atau beberapa hari.
- 3) Stroke komplit:gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen sesuai dengan istilahnya stroke komplit dapat di awali oleh serangan TIA berulang(Widjaja & Putri,2013).

3. Etiologi

Penyebab stroke dapat di bagi tiga,yaitu :

a. Trombosis Selebri

Serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis selebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke thrombosis di temukan pada 4% dari semua kasus stroke yang telah di buktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan local dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis

b. Emboli Selebri

Embolisme selebri termasuk urutan ke dua dari berbagai penyebab utama stroke.Penderita embolisme biasanya lebih muda dibandingkan dengan penderita thrombosis. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung

c. Hemoragik

Hemoragi dapat terjadi di luar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragik subarachnoid atau substansial otak (hemoragi intra serebral)

(Wijaya & Putri, 2013).

4. Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena thrombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya, kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark, kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia miokard (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Stroke karena embolus dapat merupakan akibat dari bekuan darah, udara, lemak, atheroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemoragik maka faktor pencetus adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, aneurisma serebral dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan hemoragik.

Pada stroke thrombotik atau metabolik maka otak mengalami iskemia dan infark. Sulit untuk menentukan apakah stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena.

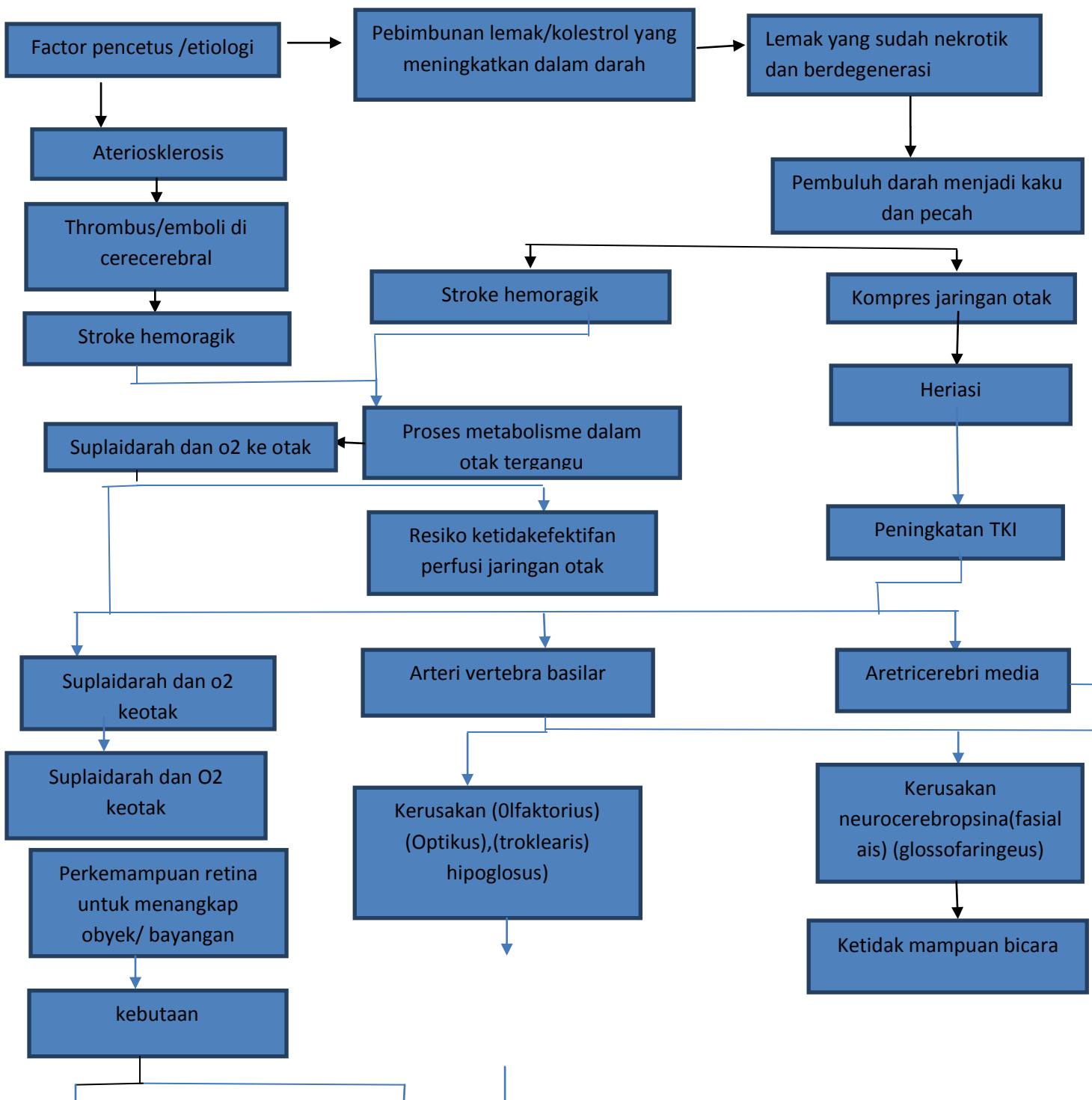
Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi diman saja didalam arteri arteriyang membentuk sirkulasi willisiatreria karotis interna dan system vertabrosilar dan semua cabang - cabangnya secara umum , apabila jaringan darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit akan terjadi infak atau kematian jaringan per ludiingat pada oklusi suatu arteri tidak selalu menyebabkan infak didaerah otak perdarahi oleh arteri tersebut (Wijaya & Putri 2013).

Alasan nya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai daerah tersebut peroses patologik yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang mendarahi otak patologi nya dapat berupa:

- a. Keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri, seperti aterosklerosis dan trombosis, robeknya dinding pembuluh atau peradangan.
- b. Berkurangnya prpusi akibat aliran darah, misalnya hiperviskositas darah
- c. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus invexsi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium
- d. Rupture Vaskular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

(Wijaya & Putri, 2013).

Bagan 2.1 Pathway





5. Manifestas Klinis

Pada stroke non hemoragik gejala utama nya adalah timbulnya deficit neurologis secara mendadak atau kuat, gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tak menurun, kecuali bila embolus cukup besar (Wijaya & Putri, 2013). Menurut WHO dalam Internasional Statistic Classification Of Diseases And Related Health problem 10th Revision, stroke dapat dibagi atas:

a. Perdarahan intraserebral (PAI)

Stroke akibat PIS mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan seringkali setiap hari, saat aktivitas, atau emosi/marah. Sifat nyeri kepalanya hebat sekali, mual dan muntah seringkali terjadi sejak permulaan serangan kesadaran biasanya menurun.

b. Perdarahan subaraknoid (PSA)

Pada pasien dengan PSA didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala atau tanda rangsangan meningeal. Edema papil dapat terjadi bila ada perdarahan subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikasi anterior atau arteri karotis interna. Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringgannya gangguan pembuluh darah. Manifestasi stroke dapat berupa:

- 1). Kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak
- 2). Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
- 3). Perubahan mendadak status mental
- 4). Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan atau kesulitan memahami ucapan)
- 5). Ataksia anggota badan
- 6). Vertigo, mual, muntah atau nyeri kepala

6. Penatalaksanaan Stroke

Menurut Wijaya & Putri di bagi menjadi dua yaitu

a. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

- a. Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat posisi lateral dekubitus bila di sertai muntah. boleh di mulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil
- b. Bebas kan jalan napas dan usaha kan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter /menit bila ada hasil gas darah
- c. Kandung kemih yang penuh di kosongkan dengan kateter
- d. Kontrol tekanan darah, di pertahankan normal
- e. Suhu tubuh harus di pertahankan
- f. Nutrisi per oral hanya boleh di berikan setelah tes punksi menelan baik bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pemasangan NGT
- g. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontra indikasi

2) Fase rehabilitasi

- a. Mengurangi kegemukan

- b. Berhenti merokok
- c. Berhenti minum kopi
- d. Batasi makan garam/lemak
- e. Tingkatkan masukan kalium
- f. Rajin berolah raga
- g. Mengubah gaya hidup
- h. Menghindari obat-obatan yang dapat meningkatkan tekanan darah

b. Pembedahan

Dilakukan jika pendarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau Volume lebih dari 50ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidro sefalus of struksi akut.

c. Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis strokenya

1. Stroke iskemia

- a. Pemberian trombolisis dengan rt-PA(recombinant tissue-plasminogen) pemberian obat-obatan jantung seperti lidokain pada aritmia jantung atau alfabet, catopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

2. Stroke Hemoragik

- a. Anti hipertensi : Catopril, antagonis kalsium
- b. Diuretic: manitol 20%, Furosemide

7. Komplikasi

Menurut Wijaya & Putri,2013 :

- 1) Infeksi pernapasan
- 2) Nyeri yang berhubungan dengan darah yang tertekan
- 3) Konstipasi
- 4) Tromboflebitis

Berhubungan dengan mobilisasi

- 1) Nyeri pada darah punggung
- 2) Dilokasi sendi

Berhubungan dengan kerusakan otak

- 1) Evaluasi
- 2) Sakit kepala
- 3) Kranitomi
- 4) Hidrosefalus

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Riwayat keperawatan

- 1) Riwayat kejadian awal setroke ,saat aktivitas atau istirahat
- 2) Paktor penyebab dan resiko stroke seperti hipertensi perokok, hiperkolestrol, DM, obesitas, anemia,pola latihan atau aktivitas sehari hari

b. Pemeriksaan fisik

1. Paralisis /parises motoric:emipeligia /emiearesis,kelemahan otot wajah, tangan
2. Gangguan sensori: kehilangan sensai pada wajah, lengan dan extremitas bawah
3. Distphagia: kesulitan menguyah, menelan,pariesis lidah dan laring

4. Gangguan visual: pandangan ganda, lapang pandang menyempit
5. Kesulitan komunikasi: ada nya hasia sensori (kerusakan pada area wernick), aphasia motori/ekspresive (kerusakan pada area broca), apashi global,kesulitan menulis(agraphia),kesulitan membaca(alexia)
6. Disatria (kesulitan mengucapkan atrikulasi/pelo,cadal),kelemahan otot wajah, lidah, paha dan bibir
7. Kemampuan emosi: perasaan, exspresi wajah, penerimaan terhadap kondisi diri nya
8. Memori:pengenalan terhadap lingkungan, orang,tempat,waktu (Tarwoto &Wartolah)

Pemeriksaan penunjang :CT scan otak, MRI otak, thorax poto, EKG,

Laboraturium: gula darah, system hemostase, ureum /creatinine,elektrolit, dan pemeriksaan penunjang lain bila perlu sesuai kondisi pasien(Muliyatinah & Ahmad, 2008)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang sering muncul pada pasien strokeadalah:

- a. Hambatan mobilitas fisik
- b. Defisit perawatan diri
- c. Gangguan presepsi sensori

(Dongoes, 2019 dan PPNI, 2016)

Tabel 2.1 Diagnosa keperawatan

Diagnose keperawatan	Penyebab	Tanda dan gejala
1. Hambatan mobilitas fisik Definisi: Definisi hambatan mobilitas fisik kerusakan neuouromuskular, penurunan kekuatan/control otot,	1) Kerusakan integritas struktur tulang 2) Perubahan metabolisme 3) Ketidakbugaran fisik 4) Penurunan kendali	Gejala dan tanda mayor Subjektif: mengeluh sulit mengerjakan ekstremitas Objektif: kekuatan otot menurun rentang gerak(ROM) menurun

<p>penurunan daya tahan Gangguan sensori persepsi atau kognitif (Donges, 2019)</p>	<p>otot</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Keterlambatan perkembangan 6) Kekakuan sendi 7) Kontraktur 8) Malnutrisi 9) Gangguan muskukuloskelestial 10) Indeks masa tubuh diatas persentil ke 75 sesuai usia 11) Efek agen farmakologis 12) Program pembatasan gerak 13) Nyeri 14) Kurang terpapar informas tentang aktivitas fisik 15) Kecemasan 16) Gangguan kognitif 17) Keengganan melakukan pergerakan 18) Gangguan sensori persepsi (SIKI, 2017) 	<p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif: nyeri saat bergerak enggan melakukan pergerakan merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif: sendi kaku gerakan tidak terkordinasi gerakan terbatas fisik lemah (PPNI 2016)</p>
<p>2. Defisit perawatan diri Definisi: Defisit perawatan diri adalah Kerusakan neumoskular, kelemeahan kerusakan setatus mobilitas kerusakan presepsi atau kognitif nyeri, ketidaknyamanan,(Dongoes, 2019)</p>	<p>Gangguan kemampuan untuk melaksanakan aktivitas kehidupan sehari hari (AKS), seperti ketidak mampuan untuk membawa makanan dari wadah kemulut, ketidak mampuan untuk memandikan bagaian tubuh atau mengatur suhu air, gangguan memakai dan melepas pakaian, kesulitan menyelesaikan tugas elminasi (Dongoes, 2019)</p>	<p>Subjektif: Menolak melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif: Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri. Minat melakukan perawatan diri kurang(PPNI,2016)</p>
<p>3.Gangguan persepsi sensori Definisi: Defisit gangguan peresepsi sensori adalah perubahan penerima, transmisi, integrasi sensori trauma atau defisit neurologis stress psikologis (Dongoes,2019)</p>	<p>gangguan akuitas sensoriDisorientasi, konsentrasi buruk, hambatan komunikasi perubahan pola prilaku atau respons yang bias terhadap setimulus laporan perubahan atau hasil pemeriksaan yang menunjukan adanya perubahan dalam akuitas sensori, distorsi sensori ketidakmampuan memberitahu posisi</p>	<p>Subjektif: Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan Merasakan sesuatu melalui indera peraban, penciuman, peraban atau pengecapan</p> <p>Objektif: Distorsi sensori Respon tidak sesuai Bersikap seolah melihat,mendengar, menecap, meraba, atau mencium sesuai (PPNI, 2016)</p>

	bagian tubuh (Dongoes, 2019)	
--	---------------------------------	--

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Interveni	Rasional
Hambatan mobilitas b.d keterlibatan nourovaskuler Batasan Karakteristik: <ol style="list-style-type: none"> Gerakan tidak terkordinasi Rentang gerak (ROOM) terbatas postur tidak stabil Gaya berjalan berubah 	NOC Tingkat Mobilitas Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien yang mengalami hambatan mobilats fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> Klien meningkat dalam aktivitas fisik Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisai (walker) Mempertahankan atau meningkatkan kekuata dan fungsi bagian tubuh yang terganggu atau terpengaruhi. Mempertahankan posisi fungsi optimal sebagaimana dibuktikan dengan tidak terjadi kontraktur dan <i>footdrop</i>. Mendemontrasikan tehnik dan perilaku yang memungkinkan pelaksanaan kembali aktivitas Mempertahankan integritas kulit. 	Mandiri <ol style="list-style-type: none"> Kaji kemampuan fungsional dan luas kerusakan pada saat pertama kali da secara teratur. Klasifikasi sesuai dengan skala 0/4. (liat CP: trauma kranio serebal pfase rehabilitatif aku, ND : hambatan mobilitas fisik). Ubah posisi nimal 2 jam (terlentang, miring) dan kemungkinan lebih sering jika klien diposisikan miring ke posisi bagian tubuh yang terganggu Sanggah ekstermitas dalam posisi fungsional : gunakan papan kaki dalam selama periode paralisi plasit pertahankan posisi kepala netrlar Gunakan mitela lengan ketika klien berada posisi duduk tegak, sesuai 	Mandiri <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kekuatan dan defisiensi serta dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. Bantu dengan pilih intervensi karan tehnik berbeda digunakan untuk jenis paralisis flasid dan spastik. Mengurangi resiko iskemia dan cedera jaringan. Sisi yang terganggu memiliki sirkulasi yang lebih buruk dan mengalami penurunan sensai serta lebih rentang mengalami kerasan ulkus tekan. Membantu mempertahankan ekstensi pinggung fungsional tetapi dapat meningkatkan ansietas, terutama tentang kemampuan untuk bernapas. Mencegah montraktur dan fudrob erta memfasilitasi penggunaan ketika atau jika fungsi kembali. Paralisis plasit

		<p>indikasi.</p> <p>5) Evaluasi penggunaan dan kebutuhan untuk bantuan posisi dan bebat selama pralisisplastik: letakan bantal dibawah aksila untuk mengakduksi lengan. Elapasikan lengan dan ltangan.</p> <p>6) Letakan gulangan tangan yang keras dalam telapak tangan dengan jari dan ibu jari saling berhadapan</p> <p>7) Letakkan lutut da pinggul dalam posisi ekstensi. Pertahankan tungkai dalam posisi netral dengan trochsenter roll (gulungan handuk).</p> <p>8) Hentikan penggunaan papan kaki, jika tepat.</p> <p>9) Observasi warna, edema, atau tanda lain dari perburukan sirkulasi pada sisi yang mengalami gangguan.</p> <p>10) Inspeksi kulit secara teratur, terutama diatas tonjolan tulang. Masase secara perlahan setiap area yang berwarna kemerahan dan berikan</p>	<p>dapat mengganggu kemampuan untuk menopang kepala, sementara paralisis plastic dapat memicu penyimpangan kepala disatu sisi.</p> <p>5) Selama paralisis flasid, penggunaan mitela dapat menguran risiko sublaksasi bahu dan sindrom bahu-tangan. Kontraktur fleksi terjadi karena otot fleksor lebih kuat dibandingkan ekstensor. Mencegah adduksi bahu dan fleksi siku. Meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegain pembentukan edema.</p> <p>6) Konus yang keras menurunkan stimulasi fleksi jari tangaty, mempertahankan jari tangan dan ibu jari berada dalam posisi fungsional.</p> <p>7) Mempertahankan posisi fungsional. Mencegah rotasi pinggul eksternal.</p> <p>8) Penggunaan berkelanjutan setelah perubahan dari paralisis flasid menjadi spastik dapat menyebabkan tekanan yang berlebihan pada telapak kaki bagian belakang, meningkatkan spastisitas, dan pada akhirnya meningkatkan plantar fleksi.</p>
--	--	--	--

		<p>bantuan (seperti bantalan kulit kambing), sesuai kebutuhan.</p> <p>Terapi latihan control otot (NIC)</p> <p>11) Mulai latihan gerak aktif atau pasif ke semua ekstermitas (termasuk yang didebat) saat masuk kerumah sakit. Anjurkan latihan, seperti latihan kuadriseps atau gluteal, meremas bola raket, dan ekstensi jaringan tangan serta tungkai bawah serta kaki.</p> <p>12) Bantu klien mengembangkan keseimbangan saat duduk (seperti meninggikan kepala tempat tidur, membantu duduk ditepi tempat tidur, meminta klien untuk menggunakan lengan yang kuat untuk menopang berat badan dan tungkai bawah yang kuat untuk menggerakkan tungkai yang terganggu : tambahkan waktu duduk) dan</p>	<p>9) Jaringan edema lebih mudah mengalami trauma dan pulih secara lebih lambat.</p> <p>10) Poin tekan di atas tonjolan tulang paling berisiko untuk mengalami penurunan perfusi dan iskemia. Stimulasi sirkulasi dan pemberian bantalan membantu mencegah kerusakan kulit dan terbentuknya ulkus dekubitus.</p> <p>Terapi latihan control otot (NIC)</p> <p>11) Meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, dan membantu mencegah kontraktur. Mengurangi resiko hiperkalsiuria dan osteoporosis jika masalah yang mendasar adalah hemoragi. Catatan: Stimulasi yain berlebihan dan tidak hati-hati dapat mempredisposisikan kekambuhan perdarahan.</p> <p>12) membantu pelatihan kembali alur neuronal, meningkatkan proprioepsi dan respons motoric.</p> <p>13) Membantu menstabilkan tekanan darah, mengembalikan tonus vasomotor, dan</p>
--	--	---	--

		<p>keseimbangan berdiri pakai spatu datar untuk berjalan pada klien, topang punggung bawah klien dengan tangan sambil posisikan lutut sendiri diluar lutut pasien, dan bantu penggunaan batang paralel dan walker.</p> <p>13) Dudukkan klien dikursi segera setelah TTV stabil.</p> <p>14) Bantali alas duduk kursi dengan busa, gel, atau bantal berisi air, dan bantu klien memindahkan berat badannya secara sering.</p> <p>15) Tetapkan tujuan dengan klien orang terdekat untuk meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, latihan, dan perubahan posisi.</p> <p>16) Motivasi klien untuk membantu pergerakan dan latihan menggunakan ekstermitas yang tidak terpengaruh untuk menopang dan menggerakkan sisi yang lebih lemah.</p> <p>Pemosisian (NIC)</p>	<p>meningkatkan pemeliharaan ekstremitas dalam posisi fungsional serta mengosongkan kandung kemih dan ginjal, mengurangi risiko batu kemih dan infeksi akibat stasis.</p> <p>14) Mengurangi tekanan pada koksik dan mencegah kerusakan kulit.</p> <p>15) Meningkatkan sensasi harapan perkembangan dan peningkatan, serta memberikan beberapa sensasi kontrol dan kemandirian.</p> <p>16) Mungkin berespons seakan-akan sisi yang terganggu bukan lagi menjadi bagian dari tubuhnya dan memerlukan penguatan serta pelatihan aktif untuk "mengembalikan kembali" sisi yang terganggu tersebut ke dalam bagian dari tubuh sendiri. (Lihat ND: Kealfaan tubuh Unilateral.</p> <p>Pemosisian (NIC)</p> <p>17) Meningkatkan distribusi berat badan secara merata, menurunkan tekanan pada tonjolan tulang, dan membantu mencegah kerusakan kulit dan pembentukan ulkus tekan. Tempat</p>
--	--	--	---

		<p>17) Sediakan kasur ang permukaannya seperti wadah telur (EGG-certe) tempat tidur air, alat apung, atau tempat tidur khusus, seperti knetik, sesuai indikasi.</p> <p>Terapi latihan : Kontrol Otot (NIC)</p> <p>18) Konsultasi dengan ahl terapi fisik tentang latih aktif dan resistif, dan ambulasi klien.</p> <p>19) Bantu dengan stimulasi elektrik-unik stimulator syaraf elektrik trunkutaneous (TENS), sesuai ndikasi.</p> <p>20) Beikan relaksam otot dan antispasmodic sesuai indikasi, seperti bakloven (dantrium</p>	<p>tidur khusus membantu pemberian posisi, meningkatkan sirkulasi, dan mengurangi stasis vena untuk menurunkan risiko cedera jaringan dan komplikasi (seperti pneumonia ortostatik).</p> <p>Terapi latihan : Kontrol Otot (NIC)</p> <p>18) Program individual dapat dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan tertentu dan menangani defisit dalam keseimbangan, koordinasi, serta kekuatan.</p> <p>19) Dapat membantu penguatan otot dan meningkatkan kontrol otot volunter, serta kontrol nyeri.</p> <p>20) Mungkin diperlukan untuk meredakan spastisitas pada ekstremitas yang terganggu.</p>
<p>Kurang Perawatan diri b.d perubahan biofisik Batasan karakteristik:</p> <p>1.Pasien dapat merawat diri berpakaian</p> <p>2.pasien dapat merawat diri mandi</p> <p>3.pasien dapat merawat diri makan</p>	<p>NOC</p> <p>1.Mendemonstrasikan perubahan teknik dan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan keperawatan diri.</p> <p>2.Melaksanakan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri.</p> <p>3.Mengindefikasikan sumber personal dan komunitas yang dapat memberikan bantuan</p>	<p>NIC Bantuan Perawatan Diri Mandiri</p> <p>1.Kaji kemampuan dan tingkat defisit (skala 0-4) untuk melaksanakan AKS.</p> <p>2.hindari untuk membantu klien. Waspadai perilaku atau tindakan implusif yang menunjukkan gangguan penilaian</p> <p>3.Pertahankan sikap</p>	<p>1. Membantu mengatipikasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual.</p> <p>2. Klien ini mungkin merasa ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan</p>

<p>4.pasien merawat toileting dapat diri</p>	<p>sesuai kebutuhan.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.Berikan supositoria dan pelunak fases.</p> <p>2.Konsultasi dengan tim rehabilitasi, seperti ahli terapi fisik atau okupasional.</p>	<p>suportif yang tegas. Berikan waktu yang cukup kepada klien untuk menyelesaikan tugas.</p> <p>4.Berikan umpan balik positif untuk upaya dan pencapaian. Buat rencana untuk defisit visual yang ada, seperti berikut.</p> <p>5.Letakkan makanan dan perlengkapan makan pada nampun disisi tubuh klien yang tidak mengalami gangguan.</p> <p>6.Atur tempat tidur sehingga sisi tubuh klien yang tidak mengalami gangguan menghadap keruangan dengan sisi tubuh klien yang mengalami gangguan menghadap kedinding</p> <p>7.Posisikan furnitur menempel pada dinding, diluar alur lalu-lalang</p> <p>8.Berikan alat sua bantu,seperti kancing atau kaitan ritseleting (zipper), kombinasi pisau-garpu, sikat bergagang panjang, alat penyambung untuk mengambil barang-barang dari lantai, peninggi toilet, tas tungkai untuk kateter, dan kursi yang baik dan berias.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.Berikan supositoria dan pelunak fases.</p> <p>2.Konsultasi dengan tim rehabilitas, seperti ahli terapi fisik atau okupasional.</p>	<p>tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.</p> <p>3. Dapat mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan supervisi tambahn untuk meningkatkan keamanan klien.</p> <p>4. Meningkatkan sensasi harga diri, meningkatkan kemandirian,dan memotivasi klien untuk memperlanjut kerja kerasnya.</p> <p>5. Klien akan mampu melihat untuk memakan makanan.</p> <p>6. Akan mampu melihat ketika menuju atau bangun dari tempat tidur dan mengobservasi setiap orgn yang dating kedalam ruangan.</p> <p>7. Memberikan keamanan ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi resiko tersandung dan terjatuhakibat menabrak furnitur.</p> <p>8. Memapukan klien untuk mengatur diri sendiri, meningkatkan kemandirian danharga diri.</p> <p>9. Menetapkan kembali sensasi kemandirian dan mengembangkan haega diri serta</p>
--	--	---	---

			meningkatkan proses rehabilitas
Peresepsi sensoribd gangguan Batasan karakteristik 1.tekanan darah dalam batas-batas yang dapat diterima 2.Tidak ada keluhan sakit kepala, pusing 3.nilai laboratorium dalam batas-batas normal 4.tanda tanda vital stabil	NOC 1.Mengakui perubahan dalam kemampuan da nada nya keterlibatan residual. 2.Menunjukan perilaku untuk mengompensasi atau untuk mengatasi defisit. Kolaborasi 1.Konsultasi atau rujuk klien keahli terapi bicara.	NIC Mandiri 1.Obsevasi respon perilaku, seperti hostilitas (bermusuhan), menangis, afek yang tidak tepat, agitasi, dan halusinasi dengan menggunakan skala stroke Los Ranchos(atau serupa),dengan tepat	1.Pengetahuan tentang tipe dan area keterlibatan membantu mengkaji dan mengatipitasi defisit sepesifik dan perencanaan asuhan. 2.Respons individual beragam, tetapi terdapat kesamaan, seperti kelebihan emosional, penurunan ambang atas frustrasi, apatis, dan keimpusifan, dapat memperumit asuhan. 3.Penggunaan skala stroke membantu mendentasikan perkembangan selama beberapa minggu pertama setelah serangan.

Sumber: (Dongoes,2019)

4. Implementasi

Merupakan tindakan yang sudah di rencanakan dalam rencana keperawatan.Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kalaborasi

(Tarwoto &Wartona ,2011),

5. Evaluasi

Perkembangan kesehatan pasien dapat di lihat dari hasi nya tujuan nya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawat dapat di capai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperwatan yang dapat di berikan

Langkah langkah evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Daftar tujuan tujan pasien
- b. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien
- d. Diskusikan dengan pasien ,apakah tujuan dapat tercapai atau tidak (tarwoto dan wartonah, 2011)

Karakteria hasil untuk pasien dengan masalah hambatan mobilitas visik pada diagnose keperwatan .beberapa karakteria yang dapat di gunakan :

- a. Klien meningkat kan dalam aktivitas fisik
- b. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
- c. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
- d. Memperagakan penggunaan alat
- e. Bantu untuk mobilisasi

(Nurarif & Kusuma, 2015).