

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep teori stroke iskemik, konsep gangguan menelan dan konsep asuhan keperawatan. Adapun yang akan diuraikan pada halaman ini meliputi Definisi, Etiologi, Klasifikasi, Faktor Resiko, Manifestasi Klinis, Patofisiologi, Komplikasi, Pemeriksaan Diagnostik, Penatalaksanaan. Konsep Gangguan Menelan yang meliputi Definisi, Etiologi, Klasifikasi, Manifestasi Klinis, Penatalaksanaan dan Konsep Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Stroke Iskemik

2.1.1 Definisi

Stroke iskemik adalah stroke yang terjadi akibat adanya gumpalan atau sumbatan pada arteri yang membawa darah menuju otak (Kharti Gempitasari dan Betriana, 2019). Kondisi ini muncul ketika pembuluh darah tersumbat oleh trombus atau bekuan yang terbentuk baik di pembuluh darah otak maupun di pembuluh darah bagian tubuh lainnya (Minan, 2021). Stroke Iskemik ditandai dengan terhambatnya aliran darah ke sebagian atau seluruh area otak akibat penyumbatan pembuluh darah (Unit et al., 2021). Stroke menimbulkan berbagai masalah yang merugikan bagi penderitanya. Beberapa masalah yang paling sering muncul meliputi kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak, kelumpuhan saraf wajah (face drooping), gangguan pada penglihatan, kesulitan menelan, gangguan sensasi, serta

gangguan dalam berbicara. Salah satu komplikasi yang kerap dialami pasien stroke adalah gangguan menelan (Halimah,2023).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Hariyanto dan Sulistyowati (2015), stroke diklasifikasikan menjadi dua kelompok utama berdasarkan proses yang terjadi di dalam otak:

1) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak, baik pada ruang subaraknoid maupun intraserebral. Kondisi ini biasanya muncul saat pasien beraktivitas dan sering disertai penurunan kesadaran.

2) Stroke Iskemik

Stroke iskemik terjadi ketika aliran darah ke otak terhambat karena penyumbatan sebagian atau seluruh lumen arteri. Hambatan tersebut dapat disebabkan oleh iskemia, terbentuknya trombus, emboli, atau penyempitan pembuluh darah.

- a) Trombosis: terjadi ketika bekuan darah menyumbat pembuluh darah otak sehingga aliran darah terhenti.
- b) Emboli: berasal dari udara, lemak, tumor, atau bakteri yang masuk ke sirkulasi darah dan menyumbat arteri otak.
- c) Penyempitan arteri: dapat disebabkan oleh spasme, infeksi, atau tekanan dari massa di sekitar pembuluh darah.

Pada stroke iskemik, aliran darah ke jaringan otak menurun sehingga menimbulkan kerusakan sel. Kondisi ini sering terjadi saat pasien sedang

beristirahat atau bangun tidur dan dapat menyebabkan edema sekunder meskipun tidak ada perdarahan.

2.1.3 Etiologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2013), terdapat empat penyebab utama yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke, yaitu:

- 1) Trombosis, yaitu pembentukan bekuan darah pada pembuluh darah di otak atau leher. Kondisi ini biasanya terjadi akibat aterosklerosis dan merupakan penyebab tersering stroke. Prosesnya berkembang perlahan, dan sering didahului oleh gejala seperti gangguan bicara sementara, kelemahan satu sisi tubuh, atau rasa baal sebelum muncul kelumpuhan yang lebih berat (Smeltzer dan Bare, 2013).
- 2) Emboli serebral, yaitu tersumbatnya pembuluh darah otak oleh bekuan darah atau material lain yang berasal dari bagian tubuh lain. Embolus umumnya menutup arteri serebri media atau cabangnya sehingga mengganggu aliran darah ke otak (Valante et al., 2015).
- 3) Iskemia, yaitu penurunan aliran darah ke area tertentu di otak. Keadaan ini biasanya disebabkan oleh penyempitan arteri akibat penumpukan ateroma (Valante et al., 2015).
- 4) Hemorragi serebral, yaitu pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan perdarahan ke jaringan otak atau ruang di sekitarnya. Kondisi ini sering menimbulkan penurunan kesadaran secara cepat hingga pasien dapat menjadi tidak responsif (Smeltzer dan Bare, 2013).

Keempat proses tersebut menyebabkan terhentinya suplai darah ke otak, sehingga dapat menimbulkan gangguan fungsi otak, baik sementara maupun permanen, seperti gangguan gerak, bicara, memori, maupun sensasi.

2.1.4 Faktor Resiko

Faktor resiko pada penyakit stroke ada 2 jenisnya yaitu sebagai berikut:

1) Faktor Risiko yang Tidak Dapat Diubah

a) Genetik

Riwayat keluarga dengan stroke dapat memengaruhi penanda aterosklerosis awal, yaitu proses penumpukan lemak di bawah dinding pembuluh darah yang meningkatkan risiko terjadinya stroke (Agustina dan Raharjo, 2015).

b) Umur

Risiko stroke iskemik meningkat seiring bertambahnya usia. Proses degeneratif menyebabkan perubahan struktur dan fungsi pembuluh darah sehingga lebih rentan mengalami gangguan aliran darah (Made et al., 2019).

c) Jenis Kelamin

Perempuan memiliki perlindungan neuroprotektif dari hormon estrogen sebelum menopause, sehingga risikonya lebih rendah dibanding laki-laki pada usia 40–75 tahun. Namun setelah usia 75 tahun, risiko stroke pada perempuan meningkat hingga

sekitar 50% lebih tinggi dibanding laki-laki (Samai dan Martin-Schild, 2015).

2) Faktor Risiko yang Dapat Dimodifikasi

a) Hipertensi

Tekanan darah tinggi dapat mempercepat proses aterosklerosis dan memudahkan kolesterol LDL menembus dinding pembuluh darah, sehingga elastisitas pembuluh darah menurun (Yueniwati, 2014).

b) Diabetes Melitus

Diabetes menyebabkan kerusakan jaringan dan meningkatkan penumpukan lemak pada dinding pembuluh darah, mempercepat aterosklerosis pada pembuluh darah besar maupun kecil, termasuk yang menyuplai otak (American Stroke Association, 2018).

c) Kolesterol Tinggi

Peningkatan kadar kolesterol total dapat memicu aterosklerosis, yang merupakan salah satu mekanisme utama terjadinya stroke (Gofir et al., 2009).

d) Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti penyakit jantung koroner, kelainan katup, gagal jantung, dan gangguan irama (misalnya fibrilasi atrium) merupakan faktor risiko kuat stroke iskemik. Kondisi tersebut dapat

menurunkan curah jantung dan mengganggu perfusi otak (Tarwoto, 2013).

e) Merokok

Merokok meningkatkan kadar fibrinogen sehingga mempercepat pembentukan aterosklerosis, menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan perlambatan aliran darah. Merokok juga meningkatkan oksidasi lemak dan menurunkan kadar HDL, sehingga kolesterol LDL lebih mudah menumpuk (Burhanuddin et al., 2012).

f) Konsumsi Alkohol

Konsumsi alkohol dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah karena alkohol mengikat air, meningkatkan beban kerja jantung, dan mengurangi aliran darah ke otak (Hariyanto, 2015).

g) Obesitas

Kelebihan berat badan meningkatkan beban kerja jantung untuk memompa darah sehingga tekanan darah cenderung naik. Obesitas juga merupakan faktor predisposisi penyakit jantung dan stroke (Patel, 1995 dalam Jatiningrum, 2018).

h) Hiperkolesterolemia

Tubuh menghasilkan kolesterol secara alami, namun konsumsi lemak jenuh dan makanan hewani berlebihan dapat meningkatkan kadar kolesterol. Penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah menyebabkan penebalan dan

penyempitan (aterosklerosis) yang dapat memicu serangan jantung atau stroke (Burhanuddin et al., 2012).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Gejala stroke iskemik atau stroke akibat sumbatan dapat dikenali dengan akronim SEGERA KE RS, yaitu:

- 1) SEnyum tidak simetris, wajah tampak mencong ke satu sisi, tersedak, atau tiba-tiba sulit menelan.
- 2) GERak tubuh melemah pada satu sisi secara mendadak.
- 3) RApatan bicara terganggu, misalnya bicara pelo, tiba-tiba tidak dapat berbicara, sulit memahami perkataan, atau ucapan tidak jelas.
- 4) KEbas atau kesemutan pada separuh tubuh.
- 5) Rabun, yaitu gangguan penglihatan mendadak pada satu mata seperti kabur atau buram
- 6) Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba, disertai gangguan keseimbangan, pusing berputar, tremor, atau gerakan yang tidak terkoordinasi. Apabila gejala tersebut muncul, pasien harus segera dibawa ke rumah sakit. Keterlambatan lebih dari 3–4,5 jam dapat memperburuk kondisi stroke (Kemenkes, 2019).

Menurut (Katrishani, 2019), stroke menimbulkan berbagai defisit neurologis tergantung pada lokasi pembuluh darah yang tersumbat, luas area otak yang mengalami gangguan perfusi, serta jumlah sirkulasi

kolateral. Kerusakan fungsi otak yang terjadi tidak dapat pulih sepenuhnya sehingga memunculkan beberapa gejala berikut:

1) Gangguan Motorik

Defisit motorik yang paling sering adalah kelumpuhan pada satu sisi tubuh (hemiplegia) akibat lesi di sisi otak yang berlawanan. Pada fase awal stroke, pasien biasanya mengalami kelumpuhan disertai hilangnya refleks tendon dalam dan penurunan kekuatan otot. Jika refleks mulai kembali dalam 48 jam, dapat muncul peningkatan tonus otot dan spastisitas pada ekstremitas yang terkena (Afandy dan Wiriatarina, 2018).

2) Gangguan Komunikasi

Stroke dapat mengganggu fungsi bahasa dan komunikasi karena merupakan penyebab paling umum dari afasia. Kelainan komunikasi dapat berupa:

- a) Disartria, yaitu kesulitan berbicara akibat kelemahan otot-otot bicara.
- b) Disfasia/afasia, yaitu gangguan dalam kemampuan berbicara atau memahami bahasa, baik ekspresif maupun reseptif.
- c) Apraksia, yaitu ketidakmampuan melakukan gerakan terlatih sebelumnya, misalnya saat pasien hendak menyisir rambut tetapi gerakan yang dilakukan tidak tepat (Katrishani, 2019).

3) Gangguan Presepsi

Stroke dapat menyebabkan kesulitan dalam menginterpretasikan sensasi, termasuk gangguan persepsi visual, hubungan visual-spasial, dan hilangnya sensasi (Katrisnani, 2019).

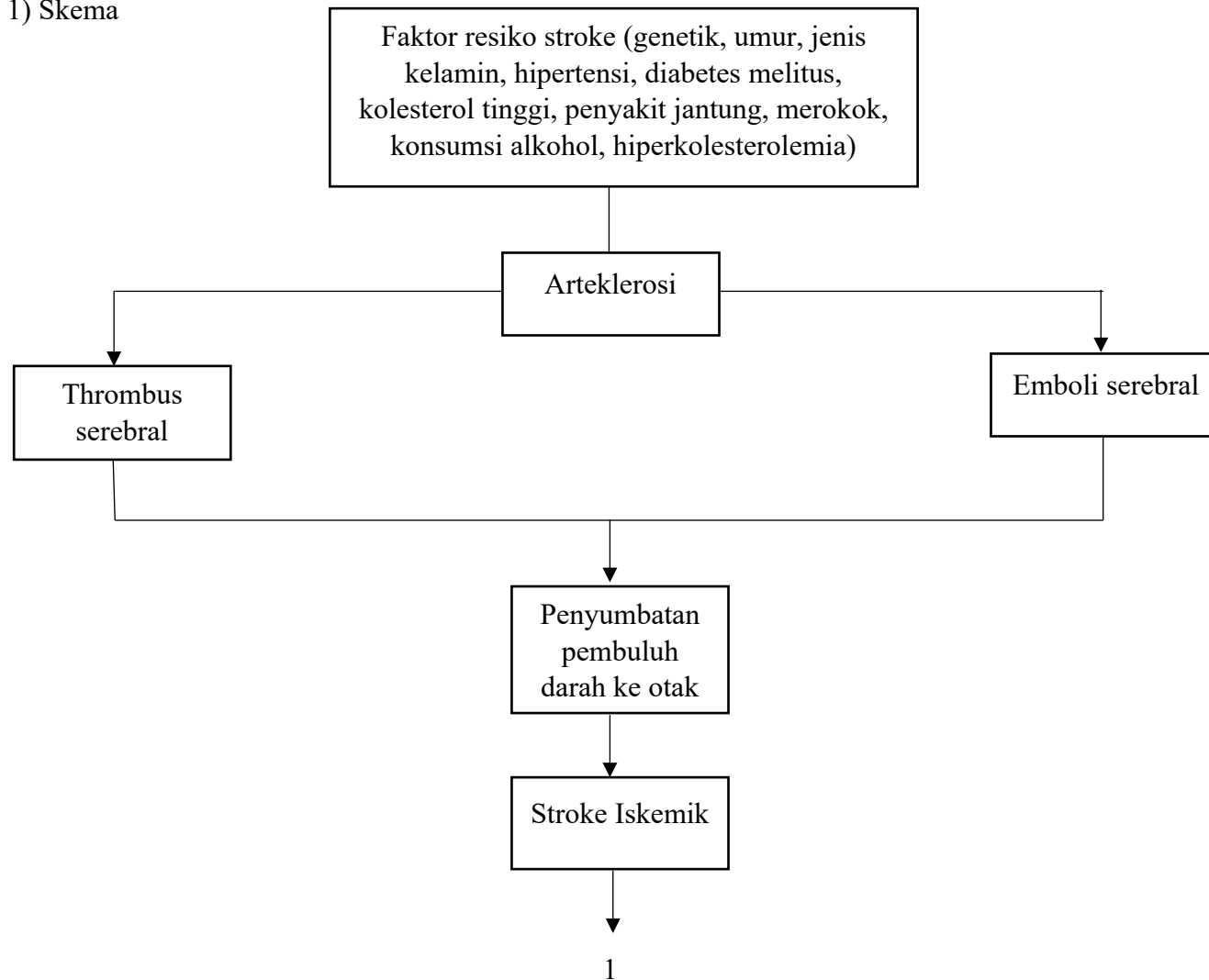
4) Gangguan Kognitif dan Efek Psikologis

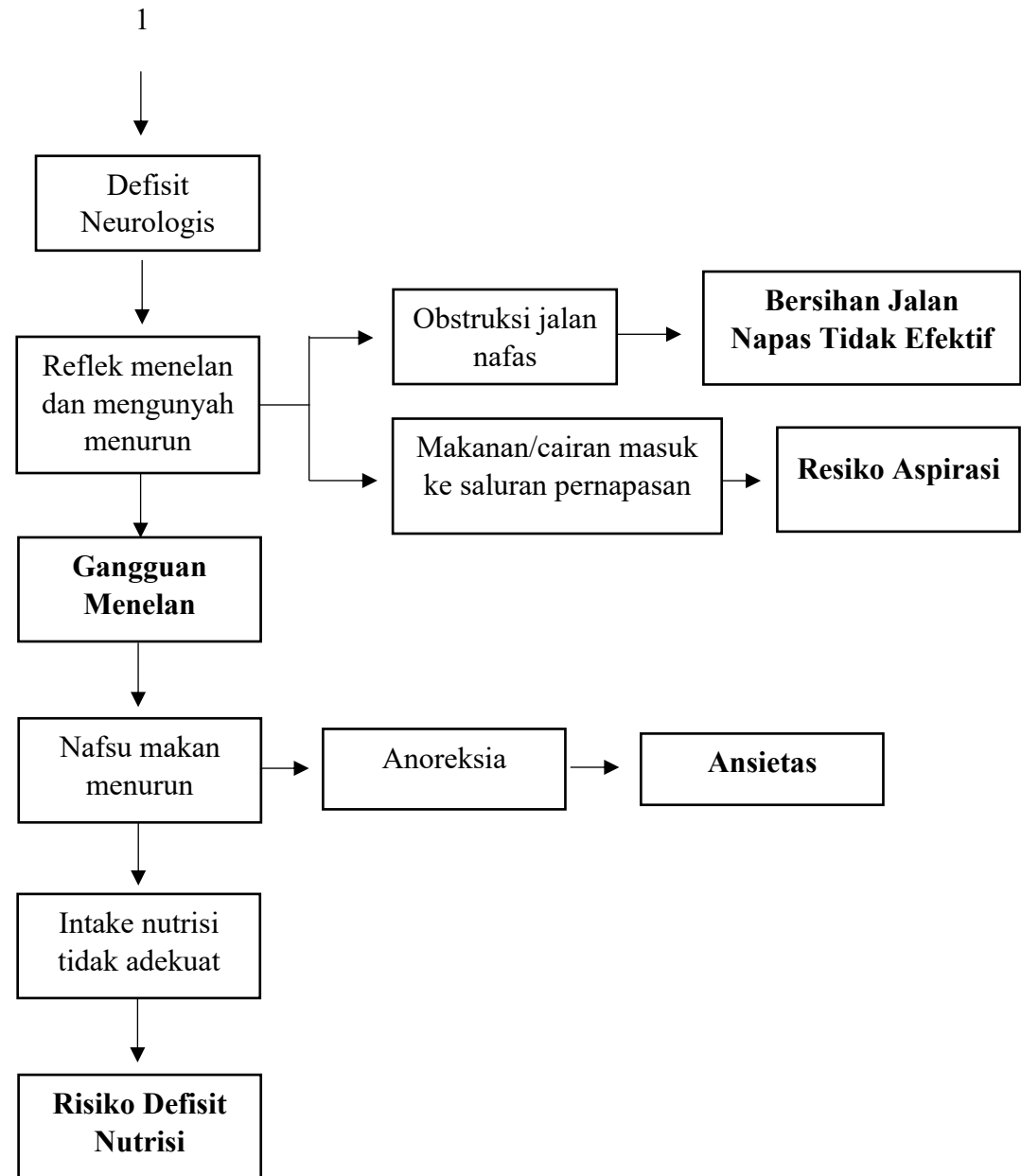
Menurut Afandy dan Wiriatarina (2018), gangguan persepsi sensori mencakup berbagai kondisi, antara lain:

- a) Gangguan persepsi visual, akibat kerusakan jalur sensorik antara mata dan korteks visual. Dapat muncul hemianopsia homonim, dengan kehilangan lapang pandang pada satu sisi sesuai sisi tubuh yang lumpuh. Pasien sering mengabaikan sisi tubuh yang sakit (amorfosintesis).
- b) Gangguan hubungan visual-spasial, sering terjadi pada pasien dengan hemiplegia kiri. Pasien kesulitan mengenali hubungan antar objek, misalnya tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan.
- c) Kehilangan sensori, berupa penurunan kemampuan merasakan sentuhan atau proprioepsi, serta kesulitan memproses rangsangan visual, taktil, dan auditori.
- d) Gangguan fungsi kandung kemih, di mana pasien dapat mengalami inkontinensia urin sementara akibat kebingungan, kesulitan menyampaikan kebutuhan, atau ketidakmampuan menggunakan alat bantu eliminasi.

2.1.6 Patofisiologi

1) Skema





2) Uraian Patofisiologi

Faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke iskemik yaitu (genetik, umur, jenis kelamin, hipertensi, diabetes melitus, kolesterol tinggi, penyakit jantung, merokok, konsumsi alkohol, hiperkolesterolemia). Akibat dari faktor resiko tersebut dapat terjadi aterosklerosis, yaitu penumpukan plak lemak pada dinding pembuluh darah. Plak ini menyebabkan pembuluh darah menyempit dan memicu terbentuknya trombus (bekuan darah). Selain trombus, dapat pula terbentuk emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari tempat lain (misalnya jantung) dan terbawa aliran darah menuju pembuluh darah otak. Trombus atau emboli yang mengikuti aliran darah akhirnya menyumbat sirkulasi darah di otak. Sumbatan ini menyebabkan aliran darah ke area otak tertentu terhambat, sehingga suplai oksigen dan darah menurun.. Sehingga terjadilah stroke iskemik. Stroke iskemik mengakibatkan defisit neurologis, salah satunya yaitu reflek menelan dan mengunyah menurun sehingga muncul **Gangguan Menelan**. Dari reflek menelan dan mengunyah ini dapat menimbulkan masalah obstruksi jalan nafas yang memunculkan diagnosa **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif**. Selain itu, menimbulkan masalah yaitu makanan/cairan dapat masuk ke saluran pernapasan yang memunculkan diagnosa **Resiko Aspirasi**. Dari Gangguan menelan dapat mengakibatkan nafsu makan menurun sehingga intake nutrisi tidak adekuat yang memunculkan masalah **Resiko Defisit Nutrisi**. Dari nafsu makan yang menurun dapat menimbulkan masalah anoreksia dan memunculkan diagnosa **Ansietas**.

2.1.7 Komplikasi

Menurut (Kariasa, 2022) komplikasi yang bisa terjadi karena stroke yaitu:

a) Edema Otak

Edema otak terjadi karena adanya peningkatan suhu tubuh. Hal ini akan mempengaruhi saluran darah otak/Blood Brain Barrier (BBB) dengan cara meningkatkan permeabilitas BBB dan berakibat langsung terjadinya edema otak. Edema otak akan mempengaruhi tekanan perfusi otak dan menghambat reperfusi yang adekuat dari otak.

b) Pneumonia

Faktor yang berkontribusi pada terjadinya pneumonia pada stroke antara lain disfagia, kegagalan refleks gag dan reflek batuk, aspirasi dehidrasi, imobilisasi dan paresis otot-otot pernapasan.

c) Infeksi saluran kemih

Dapat terjadi karena pemasangan dari foley kateter yang digunakan untuk mengumpulkan urine pada pasien stroke, dan hal ini juga mempengaruhi terhadap kemampuan pasien untuk mengontrol fungsi kandung kemihnya.

d) Kejang

Kejang terjadi karena aktivitas kelistrikan yang abnormal pada otak, hal ini sangat umum terjadi pada pasien stroke.

e) Dekubitus

Luka yang terjadi karena tekanan bagian tubuh misalnya pada pinggul dan bokong, sendi kaki dan tumit, yang disebabkan karena penurunan kemampuan bergerak (imobilitas) pada pasien stroke. Apabila dibiarkan lama-kelamaan akan mengakibatkan luka bertambah lebar dan infeksi.

f) Depresi dan kecemasan

Gangguan yang paling sering dirasakan oleh pasien stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dari kehilangan fungsi tubuh.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Murtiningsih (2016), terdapat beberapa jenis pemeriksaan diagnostik yang digunakan untuk menegakkan diagnosis stroke, yaitu:

1) CT-Scan

Pemeriksaan pencitraan ini dapat menunjukkan adanya edema, perdarahan, iskemia, atau infark pada otak. Hasil CT-Scan umumnya menampilkan pepadatan pada ventrikel kiri dan area hiperdens lokal.

2) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Pemeriksaan ini menggunakan gelombang magnetik untuk menilai luas dan tingkat perdarahan di otak. MRI mampu mengidentifikasi area infark, perdarahan, maupun kelainan pembuluh darah seperti malformasi arteriovena.

3) Angiografi Serebral

Pemeriksaan ini bertujuan mendeteksi penyebab stroke secara lebih spesifik, termasuk perdarahan, sumbatan arteri, atau ruptur pembuluh darah.

4) Elektroensefalogram (EEG)

Tes ini menilai aktivitas gelombang otak untuk mengidentifikasi adanya lesi tertentu. EEG juga membantu menentukan apakah gejala menyerupai stroke disebabkan oleh kejang, serta mendeteksi perubahan gelombang otak akibat stroke.

5) Sinar X

Digunakan untuk melihat perubahan pada kelenjar pineal di sisi berlawanan dari area yang terdampak stroke, serta mendeteksi kalsifikasi arteri karotis yang berhubungan dengan trombosis serebral.

6) Pemeriksaan Thorax

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai kondisi jantung dan mendeteksi perubahan pada kelenjar pineal terkait adanya massa di otak.

7) Ultrasonografi Doppler

Pemeriksaan ini membantu menilai kondisi arteri karotis, termasuk gangguan aliran darah, pembentukan plak, dan aterosklerosis yang dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan merupakan rangkaian upaya yang dilakukan untuk menangani kondisi kesehatan melalui pendekatan medis dan non-medis. Penatalaksanaan medis mencakup intervensi berbasis ilmu keperawatan, seperti pemberian obat, tindakan klinis, serta prosedur terapeutik untuk menegakkan diagnosis, mengurangi gejala, dan mencegah komplikasi. Sementara itu, penatalaksanaan non-medis meliputi intervensi pendukung tanpa penggunaan obat atau prosedur invasif, termasuk edukasi kesehatan, perubahan gaya hidup, terapi relaksasi, dan dukungan psikososial yang bertujuan mendukung pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Kedua pendekatan tersebut saling melengkapi dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif (Wikipedia, 2024).

Penatalaksanaan terapi pada pasien stroke iskemik meliputi beberapa langkah berikut:

- 1) Terapi non-farmakologis.
 - a) Pemberian terapi relaksasi, misalnya menggunakan terapi musik alfa.
 - b) Memposisikan pasien dalam posisi semi-Fowler untuk membantu pernapasan dan kenyamanan.
 - c) Memeriksa patensi jalan napas; jika terdapat sumbatan, segera bersihkan. Bila jalan napas masih tidak optimal, pasang selang oksigen dan berikan oksigen 1–2 liter/menit.
 - d) Mengosongkan kandung kemih menggunakan kateter bila dibutuhkan.

- e) Pemberian nutrisi disesuaikan dengan kondisi menelan. Jika tidak ada disfagia, nutrisi dapat diberikan secara oral. Namun, apabila terdapat gangguan menelan atau penurunan kesadaran, pemasangan NGT dianjurkan. Mobilisasi serta rehabilitasi dini dilakukan bila tidak ada kontraindikasi.
 - f) Pemberian terapi cairan, yang berfungsi mempertahankan sirkulasi dan tekanan darah. Kebutuhan cairan umumnya 6–8 gelas per hari, kecuali pada kondisi seperti edema atau asites yang memerlukan pembatasan. Secara umum kebutuhan cairan adalah 30 ml/kgBB/hari, baik parenteral maupun enteral.
 - g) Pemberian oksigen dan pengendalian tekanan intrakranial bila diperlukan.
 - h) Pemantauan fungsi jantung dan tanda vital, termasuk pemeriksaan EKG.
 - i) Mempertahankan rentang gerak sendi (ROM). Menurut Smeltzer dan Bare (2007), fase rehabilitasi mencakup pengaturan posisi, posisi tidur yang tepat, serta penempatan tangan dan jari, termasuk perubahan posisi secara berkala.
- 2) Terapi farmakologis.

Menurut Tarwoto (2013), pengobatan disesuaikan dengan jenis stroke: iskemik atau hemoragik, meliputi:

a) Pemberian obat trombolisis

Obat jantung seperti digoksin untuk aritmia atau obat alfa-beta, kaptopril, dan antagonis kalsium untuk mengontrol hipertensi.

b) Agen trombolitik (misalnya streptokinase).

c) Obat antihipertensi.

Antiplatelet atau antitrombotik seperti asetosal dan tiklopidin.

d) Antikoagulan seperti heparin.

2.2 Konsep Gangguan Menelan

2.2.1 Definisi

Disfagia atau gangguan menelan merupakan keadaan ketika makanan atau cairan tidak dapat dipindahkan dari mulut menuju lambung secara optimal karena adanya gangguan pada koordinasi saraf dan otot yang berperan dalam proses menelan. Pada penderita stroke, kerusakan pada bagian otak yang mengatur fungsi orofaringeal dapat mengacaukan tahap oral dan faringeal, sehingga makanan bisa tertinggal di mulut, masuk ke saluran napas, atau tidak tertelan dengan aman. Gangguan menelan ini umumnya muncul pada fase akut setelah stroke dan berpotensi menimbulkan komplikasi seperti aspirasi, pneumonia, kekurangan nutrisi, dan dehidrasi (Tamarah et al., 2023). Selain itu, disfagia juga mempengaruhi kualitas hidup pasien karena mengganggu kemampuan makan secara mandiri dan meningkatkan ketergantungan dalam aktivitas harian (Sukesi et al., 2024).

2.2.2 Klasifikasi

Secara garis besar, gangguan menelan atau disfagia dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu disfagia orofaringeal dan disfagia esofageal.

1) Disfagia orofaringeal

Disfagia orofaringeal muncul pada area mulut dan tenggorokan, di mana terjadi hambatan pada tahap awal proses menelan ketika makanan atau cairan dipindahkan dari rongga mulut menuju faring atau kerongkongan. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh gangguan pada sistem saraf yang memengaruhi kontrol otot menelan, seperti stroke, penyakit Parkinson, dan berbagai penyakit neurologis degeneratif lainnya. Penderita disfagia orofaringeal biasanya mengalami kesulitan memulai proses menelan, mudah tersedak, dan sering batuk saat makan atau minum (Skarbinski dan Glennon, 2020).

2) Disfagia esofageal

Disfagia esofageal terjadi ketika timbul masalah pada fase menelan saat bolus makanan melewati esofagus menuju lambung. Gangguan ini umumnya dipicu oleh hambatan mekanis atau gangguan pergerakan otot esofagus, seperti penyempitan esofagus (striktur), tumor, atau kondisi motilitas seperti akalasia. Pasien dengan disfagia esofageal dapat menunjukkan keluhan berupa nyeri ulu hati, batuk, suara serak, sensasi nyeri pada tenggorokan, serta nyeri dada yang tidak berhubungan dengan jantung (Skarbinski dan Glennon, 2020).

2.2.3 Etiologi

Etiologi disfagia melibatkan berbagai macam kondisi, termasuk kelainan pada saluran cerna bagian atas (rongga mulut, faring, esofagus) atau penyakit lain yang mempengaruhi fungsi kerja saluran cerna. Etiologi Disfagia berdasarkan jenis Disfagia menurut Dylczyk Sommer (2020) sebagai berikut.

1) Disfagia Orofaringeal

a) Penyebab neurologis

Penyebab neurologis dapat berupa penyakit sistem saraf pusat, stroke, penyakit neurodegenerative (Parkinson, sklerosis lateral amiotrofik, sklerosis multipel). Kerusakan primer pada sambungan neuromuskular (Miastenia Gravis, Sindrom Lambert-Eaton) serta kerusakan otot primer (miopati, miopati pasca inflamasi) juga dapat mengakibatkan disfagia.

b) Penyebab struktural

Kerusakan structural dapat terjadi akibat intubasi atau penyakit, perubahan setelah operasi kepala dan leher, perubahan setelah operasi kanker (cacat morfologi di mulut dan tenggorokan kerusakan pada saraf yang mensuplai area ini), serta kerusakan setelah pengobatan adjuvant (radioterapi).

c) Penyebab lainnya

Obat-obatan seperti obat kolinolitik (hyoscine butylbromide), opioid, antidepresan trisiklik dapat membuat kondisi

mulut kering dan akibatnya kesulitan dalam membentuk dan menelan bolus makanan.

2) Disfagia Esofageal

a) Gangguan struktural (penyempitan struktural esofagus)

Penyempitan struktural esofagus dapat dipengaruhi oleh beberapa kondisi seperti kanker, diverticula, penyakit asam lambung, penyempitan setelah luka bakar dengan zat kaustik, cincin esofagus, stenosis pasca inflamasi, serta stenosis ulseratif.

b) Gangguan fungsional (keterampilan motorik)

Gangguan fungsional dapat dipengaruhi oleh beberapa kondisi seperti kejang jantung, spasme esofagus difus, dan penyakit asam lambung.

c) Penyebab lainnya

Penyebab lainnya dapat berupa kolagenosis, penyakit kencing manis, tekanan eksternal oleh organ-organ yang berdekatan (pembesaran atrium kiri, (Penyakit Parkinson, sklerosis lateral amiotrofik, sklerosis multipel), prosedur bedah toraks dan jantung sebelumnya, posisi berbaring pada pasien dengan penyakit saraf pusat, benda asing, dan radioterapi sebelumnya.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut (SDKI,2017) berikut tanda dan gejala dari gangguan menelan:

Tabel 2.1. Tanda dan gejala Gangguan Menelan

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh sulit menelan	1. Batuk sebelum menelan 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak 4. Makan tertinggal di rongga mulut
Minor	Oral (<i>tidak tersedia</i>)	Oral 1. Bolus masuk terlalu cepat 2. Refluks nasal 3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut 4. Makanan jatuh dari mulut 5. Makanan terdorong keluar dari mulut 6. Sulit mengunyah 7. Muntah sebelum menelan 8. Bolus terbentuk lama 9. Waktu makan lama 10. Porsi makan tidak habis 11. Fase oral abnormal 12. Mengiler
	Faring	Faring
	1. Menolak makan	1. Muntah 2. Posisi kepala kurang elevasi

	3. Menelan berulang-ulang
Esofagus	Esofagus
1. Mengeluh bangun dalam hari	1. Hematemesis
2. Nyeri epigastrik	2. Gelisah
	3. Regurgitasi
	4. Odinofagia
	5. Bruksisme

(SDKI,2017)

2.2.5 Penatalaksanaan

Penanganan gangguan menelan atau disfagia dilakukan berdasarkan jenis dan penyebab gangguan yang dialami pasien menurut (Kemenkes, 2023).

1) Penatalaksanaan Disfagia Orofaringeal

Disfagia jenis ini umumnya terjadi akibat gangguan saraf, seperti pada penyakit Parkinson atau stroke. Beberapa bentuk penanganan yang dapat diberikan meliputi:

a) Terapi Menelan

Terapi ini dilakukan oleh terapis wicara dan bahasa untuk melatih pasien mempelajari teknik menelan yang benar. Latihan diberikan untuk meningkatkan kekuatan otot dan memperbaiki respons menelan. Pasien stroke dengan kesulitan menelan dapat dilakukan beberapa terapi menelan yaitu, *compensatory technique* (teknik ini mengajarkan pasien untuk mengubah posisi postural maneuver dengan mengimbangi kesulitan menelan), *indirect swallow*

therapy (teknik ini mengajarkan pasien untuk menjalani latihan menelan tidak langsung dalam memperkuat otot yang lemah serta mengatasi kesulitan menelan), *direct swallow therapy* (teknik ini mengajarkan pasien untuk melakukan latihan menelan langsung seperti menggunakan jelly) (Dejoung, 2015). Selain itu terdapat beberapa cara untuk melatih otot-otot mengunyah dan menelan sebagai berikut,

- (1) Latihan koordinasi bibir: buka mulut, senyum, menyeringai, mengucap pa pa pa / ba ba ba, bertiup dan bersiul.
- (2) Latihan koordinasi lidah: menjulurkan lidah, mendorong lidah ke arah pipi dan melawan sudip lidah.
- (3) Latihan koordinasi rahang: membuka mulut lebar, menggerakkan dagu ke kanan kir.
- (4) Latihan reflek menelan dan batuk: tarik nafas dalam, latihan tiup sedotan, menyanyikan lagu (Mulyatsih,E. 2015).

b) Modifikasi Diet

Pasien dianjurkan mengonsumsi makanan dan cairan dengan tekstur yang lebih mudah ditelan, sehingga dapat mengurangi risiko tersedak dan aspirasi.

c) Pemberian Makanan Melalui Selang

Jika pasien berisiko mengalami aspirasi, malnutrisi, atau dehidrasi, pemberian nutrisi dapat dilakukan melalui selang NGT (*Nasogastric Tube*) atau melalui PEG (*Percutaneous Endoscopic*

Gastrostomy) yang dipasang langsung ke lambung melalui prosedur pembedahan kecil.

2) Penatalaksanaan Disfagia Esofageal

Disfagia jenis ini sering memerlukan tindakan medis atau pembedahan untuk mengembalikan fungsi menelan.

a) Dilatasi Esofagus

Apabila esofagus mengalami penyempitan, pelebaran dapat dilakukan dengan memasukkan balon kecil yang kemudian dikembangkan dan dilepas kembali.

b) Injeksi Botulinum Toxin (Botox)

Botox diberikan untuk melemaskan otot esofagus yang kaku, seperti pada kasus akalasia, sehingga bolus makanan dapat melewati saluran dengan lebih mudah.

c) Penanganan Tumor

Jika disfagia disebabkan oleh tumor atau kanker, pasien dirujuk kepada dokter onkologi untuk mendapatkan terapi lebih lanjut, termasuk kemungkinan tindakan pembedahan (Kemenkes, 2023).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang berkesinambungan mengenai respon pasien, termasuk kondisi, kekuatan, dan masalah yang dialami (Dermawan dalam Kusyanti, 2022).

Menurut Susilo (2019), pengkajian pada pasien stroke iskemik mencakup beberapa aspek berikut:

1) Identitas Klien

Data identitas meliputi nama, usia (dengan usia di atas 55 tahun sebagai faktor risiko utama), jenis kelamin (stroke lebih sering terjadi pada laki-laki dibanding perempuan), nomor rekam medis, agama, alamat, status pernikahan, pekerjaan, serta tanggal masuk rumah sakit (Padila, 2012).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien stroke iskemik biasanya muncul ketika sudah terjadi gangguan fungsi neurologis. Gejala yang umum ditemukan antara lain kelemahan satu sisi tubuh, bicara tidak jelas atau pelo, kesulitan berkomunikasi, kejang, sakit kepala berat, nyeri otot, kaku kuduk, nyeri punggung, penurunan kesadaran (GCS < 15), ekstremitas terasa dingin, serta tampak ekspresi takut serta dan pasien memerlukan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene, ditandai dengan kondisi seperti bibir pecah atau berdarah, bau badan, rambut berbau, kuku tangan maupun kaki yang kotor, bau mulut, serta kulit yang tampak kering (Tarwoto, 2013) .

b) Riwayat penyakit sekarang

Stroke Iskemik biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari pasien, biasanya di temukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemas, terdapat

nyeri kepala, mual, muntah, serta kejang sampai tidak sadar (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

c) Riwayat penyakit dahulu

Terdapat riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

d) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita Hipertensi, DM, atau riwayat Stroke dari generasi terdahulu. (Muttaqin, dalam Kusyani, 2022).

3) Pola-Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola Istirahat Tidur

Biasanya klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot) (Getudris, 2019).

b) Pola eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

c) Pola makan dan minum

Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Que, 2023).

d) Kebersihan diri atau personal hygiene

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise atau hemiplegi, mudah lelah. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang (Que, 2023).

e) Pola Kegiatan atau Aktivitas lain

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise atau hemiplegi, mudah lelah. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang (Que, 2023).

f) Riwayat psikososial

Biasanya pada penderita stroke sangatlah mahal meliputi biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, serta perawatan yang bisa mengacaukan keuangan keluarga yang mengakibatkan setabilitas emosi terhadap klien dan keluarga (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

(1) Konsep diri

(a) Gambaran diri/citra diri

Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah

diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan (Griselda, 2023).

(b) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya.

(c) Harga diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Arisdiani, 2019).

(d) Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

(e) Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (Kusyani, 2022).

(2) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

(3) Pola seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine merupakan terjadinya penurunan pada gairah (Kusyani, 2022).

(4) Pola mekanisme koping

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi (Kusyani, 2022).

(5) Pola kognitif dan persepsi sensori

Terdapat gangguan penglihatan atau keaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Kusyani, 2022)

(6) Data spiritual

Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah. Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama Klien. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang

menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya.

4) Pemeriksaan fisik

(a) Keadaan Umum/Kesadaran Umum

Keadaan umum dengan klien stroke biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2008).

(b) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Susanti, 2022).

(c) Pemeriksaan Kepala dan Leher

(1) Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakrani al) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat.

(a) Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidak simetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).

- (b) Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).
- (c) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.
- (d) Telinga : Kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak, terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak (Kusyani, 2022).
- (e) Mulut : Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.
- (f) Leher : Biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi (Kusyani, 2022).
- (g) Pemeriksaan payudara dan ketiak: Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada klien stroke (Griselda, 2023).

d) Pemeriksaan Dada

(1) Dada/Thorak

- (a) Inspeksi: Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas.
- (b) Palpasi: Untuk menilai tactile fremitus
- (c) Perkusi: Untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.
- (d) Auskultasi: Pada klien dengan tingkat kesadaran Compositis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan (Kusyani, 2022).

(2) Pemeriksaan jantung

- (a) Inspeksi : Ictus kordis tidak nampak
- (b) Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra
- (c) Perkusi : Suara jantung pekak
- (d) Auskultasi : Irama jantung reguler, terdengar suara jantung 1 dan 11, murmur atau gallop (Griselda, 2023).

(3) Abdomen

- (a) Inspeksi: Kesimetrisan abdomen, keadaan abdomen terdapat lesi atau edema.

- (b) Auskultasi: Terdengar bising usus biasanya pada pasien stroke bising usus tidak normal.
- (c) Palpasi: tidak teraba massa, tidak nyeri tekan
- (d) Perkusi: suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung (Griselda, 2023).
- e) Genetalia: adanya masalah saat buang air kecil atau inkontensia urine, adanya luka maupun nyeri sehingga pada pasien stroke terpasang selang kateter (Doenges dan Marilyn, 2018)
- f) Ekstremitas
Biasanya didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Kusyani, 2022).
- g) Pemeriksaan Integumen dan kuku
 - (1) Kulit: jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan maka turgor kulit akan jelek.
 - (2) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis* (Sinta, 2011).
- h) Pemeriksaan reflek
Refleks fisiologis, seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles dan reflek patologis, seperti refleks plantar (Babinski) dan chaddock mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Kusyani, 2022).

i) Saraf kranial

(1) *Nervus I (Olfaktorius)* : Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

(2) *Nervus II (Optikus)* : : Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dinagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapang pandang

(3) *Nervus III (Okulomotoris)* : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan *anisokor*, *palpebra* dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.

(4) *Nervus IV (Toklearis)* : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.

(5) *Nerus V (Trigeminus)* : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.

(6) *Nervus VI (Abdusen)* : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.

(7) *Nervus VII (Fasialis)* : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.

(8) *Nervus VIII (Vestibulococlearis)* : pada klien stroke terdapat adanya gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).

(9) *Nervus IX (Glossofaringeus)* : *ovule* yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.

10) *Nervus X (Vagus)* : pada penderita stroke kemampuan menelan klien tidak baik, otot-otot faring dan laring mengalami kelemahan.

11) *Nervus XI (Asesorius)* : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.

(12) *Nervus XII (Hipoglosus)* : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

j) Skrining Gangguan Menelan

Penilaian gangguan menelan dilakukan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

(1) Anamnesis

Data harus dikumpulkan dari riwayat kesehatan umum penderita. Riwayat neurologik yang mungkin berhubungan dengan beberapa penyakit yang dapat menyebabkan gangguan menelan seperti *multiple sclerosis*, *stroke*, serta penyakit Parkinson dan Alzheimer harus ditanyakan.

(2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik umum sangat penting dilakukan untuk melihat adanya penyakit kardiopulmoner, gastrointestinal, atau

neurologik yang dapat memengaruhi fungsi menelan. Pemeriksaan dilakukan juga terhadap status mental, kemampuan bekerjasama, dan fungsi bahasa penderita. Saraf kranialis harus dinilai secara teliti.

Pemeriksaan terhadap fungsi pernapasan meliputi tanda-tanda obstruksi atau restriksi seperti takipnea, stridor, penggunaan otot pernapasan tambahan, dan pergerakan dinding dada yang asimetris.

Inspeksi dan palpasi terhadap kelainan struktur pada kepala dan leher perlu dilakukan. Sensasi pada wajah diperiksa secara bilateral, juga kekuatan otot-otot wajah. Otot maseter dan temporalis dipalpasi saat penderita diminta menggigit atau mengunyah. Pemeriksaan ini dapat dilakukan pada saat pemeriksaan saraf kranialis.

Pemeriksaan intraoral dilakukan dengan inspeksi intraoral untuk melihat lesi, sisa makanan, atau kelainan struktural. Palpasi dengan sarung tangan pada dasar mulut, gusi, fosa tonsiler, bahkan lidah, untuk menyingkirkan adanya tumor. Adanya atrofi, kelemahan, dan fasikulasi lidah dicatat. Kekuatan lidah bisa diukur dengan menempatkan jari pada pipi bagian luar dan menahan lidah penderita yang diminta untuk menekan pipi dari dalam.

Palatum diinspeksi untuk melihat posisi simetris pada saat istirahat dan saat fonasi. Setiap sisi palatum distimulasi untuk menimbulkan refleks muntah, sambil memperhatikan apakah palatum mole dan dinding faring berkontraksi secara simetris. Adanya refleks primitif (*sucking*, *biting*, dan *snout*) perlu dicatat. Terdapatnya refleks-refleks ini pada orang dewasa mengindikasikan adanya kerusakan pada kedua hemisfer atau lobus frontalis yang menyebabkan kelemahan *oral motor control*.

- (3) Pemeriksaan penunjang yang bisa digunakan untuk mendiagnosis gangguan menelan ialah: *videofluorographic swallowing study* (VFSS), *fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing* (FEES), dan ultrasonografi. (Jenny, 2014)

Tabel 2.2 Prosedur skrining gangguan menelan modifikasi dari The Messey Bedside Swallowing Screen

No	OBSERVASI	HASIL OBSERVASI	
1.	Kesadaran Pasien	☐ Sadar : Lanjut ke nomor 2	☐ Tidak Sadar: hentikan skrining
2.	Afasia atau Disarthria	☐ Ya : Kolaborasi dengan terapi wicara, lanjutkan langkah berikutnya.	☐ Tidak : Lanjutkan ke langkah ketiga
3.	Dapat merapatkan gigi, merapatkan bibir, wajah simetris, letak	☐ Jika ditemukan 3 /lebih lanjutkan ke langkah nomor 4	☐ Tidak : Lanjut ke nomor 4 dan kolaborasi dengan terapi wicara

	lidah di tengah, uvula di tengah		
4.	Reflek muntah ada, batuk spontan, reflek menelan baik	☐ Ya : Lanjut ke langkah nomor 5	☐ Tidak : Kolaborasi dengan terapi wicara, lakukan langkah nomor 5
5.	Tes menelan air putih satu sendok the	☐ Mampu menelan: Lanjut ke langkah nomor 6	☐ Tidak mampu : STOP Hasil Skrining Disfagia Positif. Lakukan latihan menelan : Protokol 1 jangan berikan makan/minum per oral, pasang NGT, kolaborasi dengan dokter, terapi wicara dan ahli gizi
6.	Berikan minum air putih bertahap mulai 25 ml, 50 ml dan 100 ml (tidak boleh memakai sedotan)	☐ Pasien mampu minum air putih 50 ml dalam waktu kurang dari 20 detik tanpa tersedak : hasil skrining disfagia negatif atau fungsi menelan normal	☐ Tersedak / batuk : Hasil skrining disfagia Positif, pasien tidak mampu menelan cairan. Lakukan latihan menelan : Protokol II, berikan modifikasi diet sesuai toleransi, pasang NGT bila diperlukan untuk asupan cairan, kolaborasi dengan dokter, terapi wicara, dan ahli gizi.

Sumber: Massey dan Jedlicka, 2002

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses penilaian klinis terhadap respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang terjadi saat ini maupun yang berpotensi muncul. Diagnosis ini bertujuan mengenali respons individu, keluarga, maupun komunitas terhadap berbagai situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Berikut diagnosa keperawatan pada Stroke Iskemik menurut (SDKI, 2017):

1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)

Definisi: Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Penyebab:

Fisiologis

- 1) Spasme jalan napas
- 2) Hipersekresi jalan napas
- 3) Disfungsi neuromuskuler
- 4) Benda asing dalam jalan napas
- 5) Adanya jalan napas buatan
- 6) Proses infeksi
- 7) Respon alergi
- 8) Hiperplasia dinding jalan napas
- 9) Respon alergi
- 10) Efek agen farmakologis (mis. Anastesi)

Situasional

- 1) Merokok aktif
- 2) Merokok pasif
- 3) Terpajan polutan

Tanda dan Gejala:

Tabel 2.3. Tanda dan gejala Bersiham Jalan Napas Tidak Efektif

Tanda Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, wheezing, dan atau/ronkhi kering 5. Mekonium jalan napas(pada neonatus)
Minor	1. Dispnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea	1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi napas menurun 4. Frekuensi napas berubah 5. Pola napas berubah

(SDKI,2017)

Kondisi Klinis Terkait:

- 1) Gullian barre syndrome
- 2) Sklerosis multipel
- 3) Myasthenia gravis
- 4) Prosedur diagnostik (mis. Bronkoskopi, transesophageal)
- 5) Depresi sistem saraf pusat
- 6) Cedera kepala
- 7) Stroke
- 8) Kuadriplegia
- 9) Sindrom aspirasi mekonium
- 10) Infeksi saluran napas

2) Gangguan Menelan (D.0063)

Definisi: Fungsi menelan abnormal akibat struktur atau fungsi oral, faring, atau esofagus.

Penyebab:

- 1) Gangguan serebrovaskular
- 2) Gangguan saraf kranialis
- 3) Paralisis serebral
- 4) Akalasia
- 5) Abnormalitas laring
- 6) abnormalitas orofaring
- 7) anomali jalan nafas

8) defek anomatik konginetal

9) Defek Laring

10) Defek Nasal

11) Defek Rongga Nasofaring

12) Defek Trakea

13) Refluk Gastroesofagus

14) Obstruks Mekanis

15) Prematuritas

Tanda dan Gejala

Tabel 2.4. Tanda dan gejala Gangguan Menelan

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh sulit menelan	1. Batuk sebelum menelan 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak 4. Makan tertinggal di rongga mulut
Minor	Oral (<i>tidak tersedia</i>)	Oral 1. Bolus masuk terlalu cepat 2. Refluks nasal 3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut 4. Makanan jatuh dari mulut 5. Makanan terdorong keluar dari mulut 6. Sulit mengunyah 7. Muntah sebelum menelan 8. Bolus terbentuk lama 9. Waktu makan lama 10. Porsi makan tidak habis 11. Fase oral abnormal 12. Mengiler
	Faring	Faring 1. Muntah 2. Posisi kepala kurang elevasi 3. Menelan berulang-ulang
	1. Menolak makan	

Esofagus	Esofagus
1. Mengeluh bangun di malam hari	1. Hematemesis
2. Nyeri epigastrik	2. Gelisah
	3. Regurgitasi
	4. Odinofangia
	5. Bruksisme

(SDKI,2017)

Kondisi Klinis Terkait:

- 1) Stroke
- 2) Distrofi muskuler
- 3) Poliomeilitis
- 4) Cerebral palsy

3) Resiko Aspirasi (D.0006)

Definisi: Berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkial akibat disfungsi mekanisme pelindung saluran napas.

Faktor Resiko:

- 1) Penurunan tingkat kesadaran
- 2) Penurunan refleks muntah dan/atau batuk
- 3) Gangguan menelan
- 4) Disfagia
- 5) Kerusakan mobilitas fisik
- 6) Peningkatan residu lambung
- 7) Peningkatan tekanan intragastrik
- 8) Penurunan motilitas gastrointestinal

- 9) Sfingter esofagus bawah inkompeten
- 10) Perlambatan pengosongan lambung
- 11) Terpasang selang nasogastrik
- 12) Terpasang trakeostomi atau ETT
- 13) Trauma/pembedahan leher, mulut, dan/atau wajah
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan, dan bernapas.

Kondisi Klinis Terkait:

- 1) Cedera Kepala
- 2) Stroke
- 3) Cedera medula spinalis
- 4) Guillain barre syndrome
- 5) Penyakit parkinson
- 6) Keracunan obat dan alkohol
- 7) Pembesaran uterus
- 8) Miastenia gravis
- 9) Fistula trakeosofagus
- 10) Striktura esofagus

4) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Definisi: Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab:

- 1) Ketidakmampuan menelan makanan.
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan.
- 3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.
- 4) Faktor ekonomi.
- 5) Faktor psikologis.

Kondisi Klinis Terkait:

- 1) Stroke

5) Ansietas (D.0080)

Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab:

- 1) Krisis situasional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Krisis maturasional
- 4) Ancaman terhadap konsep diri
- 5) Ancaman terhadap kematian
- 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- 7) Disfungsi sistem keluarga
- 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- 9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- 10) Penyalahgunaan zat

11) Terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain)

12) Kurang terpapar informasi

Tanda dan Gejala:

Tabel 2.5 Tanda dan Gejala Ansietas

Tanda dan gejala	Subjektif	Obejektif
Mayor	1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi	1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur
Minor	1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya	1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaforesis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu

(SDKI,2017)

Kondisi Klinis Terkait:

- 1) Penyakit kronis progresif (mis. Kanker, penyakit autoimun)
- 2) Penyakit akut
- 3) Hospitalisasi
- 4) Rencana operasi
- 5) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- 6) Penyakit neurologis
- 7) Tahap tumbuh kembang

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.6. Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat (L.01001), dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat (5) 2. Produksi sputum menurun (5) 3. Mengi menurun (5) 4. Wheezing menurun (5) 5. Mekonium (pada neonatus) menurun (5) 6. Dispnea menurun (5) 7. Ortopnea menurun (5) 8. Sulit bicara menurun (5) 9. Sianosis menurun (5) 10. Gelisah menurun (5) 11. Frekuensi nafas membaik (5) 12. Pola napas membaik (5)	Latihan Batuk Efektif (I.01006) Observasi 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas 4. Monitor input dan output cairan (mis, jumlah dan karakteristik) Terapeutik 5. Atur posisi semi fowler atau fowler 6. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 7. Buang sekret pada tempat sputum Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 9. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mecucu (dibulatkan) selama 8 detik 10. Anjurkan mengulangi tarik napas hingga 3 kali	1. Untuk menilai seberapa efektif pasien mampu batuk dalam membersihkan sekret. 2. Untuk mengetahui apakah ada penumpukan sputum yang dapat menghambat jalan napas. 3. Untuk mendeteksi lebih awal tanda infeksi pada saluran pernapasan. 4. Untuk memastikan cairan tubuh cukup sehingga sekret menjadi lebih encer dan mudah dikeluarkan. 5. Untuk membantu paru mengembang lebih optimal sehingga proses batuk lebih maksimal. 6. Untuk menjaga area tetap bersih serta mempermudah tempat penampungan sekret. 7. Untuk mengurangi risiko penyebaran kuman dan menjaga kebersihan lingkungan. 8. Untuk memastikan pasien memahami tujuan dan tata cara batuk efektif sehingga dapat bekerja sama. 9. Untuk meningkatkan ventilasi paru dan membantu menggerakkan sekret ke bagian atas saluran napas. 10. Untuk memperbaiki masuknya udara sebelum pasien melakukan batuk.

			11. Ajarkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ketiga Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	11. Untuk menghasilkan tekanan batuk yang lebih kuat agar sekret dapat keluar dengan baik. 12. Untuk membantu membuka saluran napas dan mengencerkan lendir sehingga lebih mudah dikeluarkan.
2	Gangguan Menelan (D.0063)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menelan klien membaik. (L.06052) dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat (5) 2. Reflek menelan meningkat (5) 3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat (5) 4. Frekuensi tersedak menurun (5) 5. Batuk menurun (5)	Dukungan Perawatan Diri: Makan/minum (I.11351) Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, intake dan output Terapeutik 4. Lakukan pemeriksaan kemampuan menelan 5. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 6. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 7. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 8. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 9. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 10. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 11. Sediakan makanan makanan dan minuman yang disukai	1. Memastikan pasien menerima diet yang sesuai dengan kondisi medisnya. 2. Mengidentifikasi adanya disfagia untuk mencegah risiko aspirasi. 3. Menilai status hidrasi guna mencegah dehidrasi atau kelebihan cairan. 4. Meningkatkan nafsu makan melalui lingkungan makan yang nyaman. 5. Membantu proses menelan dan mencegah tersedak melalui posisi makan yang tepat. 6. Meningkatkan kenyamanan, mencegah infeksi, dan merangsang indera perasa dengan kebersihan mulut. 7. Mempermudah pasien mengakses makanan pada gangguan penglihatan atau neglect. 8. Membantu pasien minum dengan lebih mudah dan aman sesuai kondisi motorik. 9. Merangsang nafsu makan melalui penyajian makanan dengan suhu yang tepat.

Gangguan Menelan (D.0063)

12. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu	10. Meningkatkan motivasi makan melalui pemberian makanan yang disukai.
13. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia	11. Menjamin keselamatan dan mendukung kemandirian pasien selama makan.
14. Lakukan latihan menelan	12. Meningkatkan interaksi sosial dan kenyamanan makan di ruang makan.
Edukasi	13. Membantu pasien gangguan penglihatan mengenali posisi makanan dengan tepat.
15. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3)	14. Mengurangi hambatan makan seperti nyeri atau mual melalui kolaborasi pemberian obat.
Kolaborasi	
16. Kolaborasi pemberian obat (mis analgesik, antiemetik) sesuai indikasi	
Pencegahan Aspirasi (L.01018)	
Observasi	
1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan	1. Untuk mendeteksi dini risiko aspirasi dan menilai keamanan pasien saat makan atau minum.
2. Monitor status pernapasan	2. Untuk mengetahui adanya gangguan napas yang bisa terjadi akibat masalah menelan.
3. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum	3. Untuk melihat tanda makanan atau cairan masuk ke jalan napas setelah pasien makan.
4. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral	4. Untuk memastikan lambung siap menerima makanan dan mencegah muntah yang bisa menyebabkan aspirasi.
5. Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral	
Terapeutik	

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 6. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral 7. Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar 8. Pertahankan kepatenan jalan napas (mis teknik head tilt chin lift, jaw thrust, in line) 9. Pertahankan pengembangan balon endotracheal tube (ETT) 10. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat 11. Sediakan suction di ruangan 12. Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak 13. Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak 14. Berikan obat oral dalam bentuk cair | <ul style="list-style-type: none"> 5. Untuk memastikan makanan masuk ke lambung dengan benar melalui selang dan tidak mengalir ke jalan napas. 6. Untuk membantu makanan turun dengan mudah dan mengurangi risiko tersedak atau aspirasi. 7. Untuk menjaga jalan napas tetap terbuka dan mencegah aspirasi pada pasien tidak sadar. 8. Untuk memastikan jalan napas tetap terbuka sehingga pernapasan tetap lancar. 9. Untuk mencegah sekret atau makanan masuk ke paru-paru pada pasien yang memakai ETT. 10. Untuk membersihkan sekret berlebihan yang dapat menghambat pernapasan atau menyebabkan aspirasi. 11. Untuk memungkinkan tindakan cepat saat pasien tersedak atau banyak sekret. 12. Untuk mencegah muntah dan aspirasi jika lambung belum siap menerima makanan tambahan. 13. Untuk memudahkan proses menelan dan mengurangi risiko tersedak. 14. Untuk memudahkan pemberian obat dan mengurangi risiko obat tersangkut di tenggorokan. 15. Untuk mengurangi risiko tersedak dan memberi waktu cukup untuk proses menelan. |
|---|--|
-

				16. Untuk membantu pasien mencegah makanan atau cairan masuk ke saluran napas. 17. Untuk meningkatkan koordinasi otot mulut dan tenggorokan agar kemampuan menelan lebih aman.
3	Resiko Aspirasi (D.0006)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat aspirasi menurun (L.01006) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Kemampuan menelan meningkat (5) 3. Dispnea menurun (5) 4. Kelemahan otot menurun (5) 5. Akumulasi sekret menurun (5)	Manajemen Jalan Napas (I. 01011) Observasi: 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head tilt dan chin lift (jaw thrust jika curiga trauma servikal) 5. Posisikan semi fowler atau fowler 6. Berikan minuman hangat 7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 10. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 11. Berikan oksigen, jika perlu	1. Memantau pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas) bertujuan mengenali lebih awal adanya tanda gangguan ventilasi atau sumbatan jalan napas sehingga intervensi dapat dilakukan segera. 2. Mengamati bunyi napas tambahan seperti gurgling, mengi, wheezing, atau ronkhi membantu mengidentifikasi adanya penumpukan sekret, penyempitan saluran napas, atau hambatan aliran udara. 3. Memeriksa jumlah, warna, dan aroma sputum penting untuk mendeteksi adanya infeksi, dehidrasi, atau lendir yang mengental. 4. Manuver head tilt–chin lift atau jaw thrust dilakukan untuk memastikan jalan napas tetap terbuka, terutama pada pasien yang kesadarannya menurun, sehingga aliran udara tidak terhambat. 5. Posisi semi-Fowler atau Fowler membantu memperbesar ekspansi paru dan mempermudah proses pernapasan serta pengeluaran sekret.

	Edukasi 12. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi 13. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian bronkodilator, eksoeotoran, mukolitik, jika perlu	6. Memberikan minuman hangat dapat membantu mengencerkan sekret sehingga lebih mudah dikeluarkan melalui batuk. 7. Fisioterapi dada dilakukan untuk membantu memindahkan sekret dari bagian bawah saluran napas ke area yang lebih mudah dikeluarkan. 8. Penghisapan lendir kurang dari 15 detik dilakukan untuk mencegah terjadinya hipoksia, iritasi mukosa, atau reaksi bradikardia akibat stimulasi vagal. 9. Hiperoksigenasi sebelum penghisapan bertujuan menstabilkan kadar oksigen agar tidak turun selama proses suction. 10. Pengeluaran benda padat dengan forsep McGill dilakukan untuk mengatasi sumbatan pada jalan napas bagian atas yang tampak secara langsung. 11. Pemberian oksigen dilakukan bila diperlukan untuk meningkatkan suplai oksigen dan mencegah kondisi hipoksia. 12. Anjuran asupan cairan 2000 ml/hari diberikan guna menjaga hidrasi tubuh sehingga sekret tidak terlalu kental dan mudah dikeluarkan. 13. Mengajarkan teknik batuk efektif membantu pasien membersihkan jalan napas secara mandiri dan mengurangi penumpukan sekret.
--	---	--

				14. Kolaborasi dalam pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik diperlukan untuk melebarkan saluran napas, mengencerkan lendir, dan mempermudah pengeluaran sekret sehingga pernapasan pasien menjadi lebih efektif.
4	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan Status nutrisi membaik (L.03030) dengan kreteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan menelan meningkat (5) 3. Kekuatan mengunyah meningkat (5) 4. Berat badan membaik (5) 5. Indek masa tubuh membaik (5) 6. Nafsu makan membaik (5) 7. Bising usus membaik (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral higienis sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan pasien 3. Untuk mengidentifikasi makanan yang disukai pasien 4. Untuk mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang diperlukan klien 5. Untuk mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Untuk Monitor asupan makanan 7. Untuk Monitor berat badan 8. Untuk monitor hasil pemeriksaan laboratorium 9. Lakukan oral higienis sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

			12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <i>Edukasi</i> 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan <i>Kolaborasi</i> 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
5	Ansietas (D.0080)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 3. Perilaku gelisah menurun (5)	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)	1. Mengidentifikasi kapan tingkat kecemasan berubah membantu mengetahui situasi atau kondisi tertentu yang membuat ansietas meningkat sehingga perawat dapat mengambil tindakan tepat. 2. Menilai kemampuan pasien dalam membuat keputusan berguna untuk melihat apakah kecemasan

4. Perilaku tegang menurun (5)	Terapeutik	memengaruhi cara pasien berpikir atau menilai situasi.
5. Konsentrasi membaik (5)	4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	3. Memantau tanda-tanda ansietas, baik ucapan maupun gerak tubuh, penting untuk mengetahui tingkat kecemasan yang sedang dialami pasien.
6. Pola tidur membaik (5)	5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan	4. Menciptakan lingkungan yang mendukung dan menenangkan membantu pasien merasa aman dan lebih percaya kepada perawat.
	6. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian	5. Kehadiran perawat di sisi pasien dapat menurunkan rasa takut dan memberikan rasa nyaman.
	7. Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan	6. Mendengarkan cerita pasien tentang hal yang membuatnya cemas membantu perawat memahami penyebab masalah dan membuat pasien merasa dihargai.
	8. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan	7. Berbicara dengan suara tenang dan sikap meyakinkan dapat membantu menenangkan pasien dan mencegah kecemasan bertambah.
	9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	8. Menyediakan barang-barang pribadi pasien membantu menciptakan suasana yang akrab dan memberikan rasa aman.
	10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	9. Mendorong pasien mengenali hal-hal yang menimbulkan kecemasan membantu mereka lebih siap menghadapi situasi pemicu stres.
	Edukasi	10. Membahas rencana yang realistis terkait peristiwa mendatang membantu pasien merasa lebih
	11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami	
	12. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis	
	13. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	

14. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan	terarah dan mengurangi ketidakpastian yang memicu kecemasan.
15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	11. Memberikan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan membantu mengurangi rasa takut akibat ketidaktahuan.
16. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	12. Menyampaikan informasi yang jelas mengenai kondisi pasien, pengobatan, dan kemungkinan perkembangan kondisi dapat mengurangi kekhawatiran yang tidak berdasar.
17. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat	13. Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien dapat memberikan dukungan emosional dan meningkatkan rasa aman.
18. Latih teknik relaksasi	14. Menganjurkan aktivitas ringan yang tidak memicu persaingan membantu pasien mengisi waktu dengan cara yang menenangkan.
Kolaborasi	15. Mengajak pasien mengutarakan apa yang dirasakan membantunya melepaskan tekanan batin dan mengurangi beban emosional.
19. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	16. Melatih aktivitas pengalihan seperti mendengarkan musik atau melakukan hobi dapat membantu pasien mengurangi fokus pada keemasannya.
	17. Melatih mekanisme koping yang sehat membantu pasien menghadapi stres dengan cara yang lebih adaptif.

-
18. Mengajarkan teknik relaksasi seperti napas dalam atau relaksasi otot membantu menurunkan ketegangan dan membuat tubuh lebih tenang.
 19. Berkolaborasi dalam pemberian obat antianxiety dilakukan untuk menurunkan kecemasan yang tidak bisa teratasi hanya dengan intervensi nonfarmakologis.
-

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari suatu rencana yang mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaboratif (dependen). Tindakan mandiri dilakukan berdasarkan keputusan perawat sendiri, sedangkan tindakan kolaboratif dilakukan melalui keputusan bersama dengan tenaga kesehatan lain (Kusyani, 2022).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses menilai kembali tindakan keperawatan yang telah diberikan untuk menentukan apakah kebutuhan pasien telah terpenuhi secara optimal serta untuk menilai keberhasilan dari rangkaian proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahap evaluasi ini mencakup beberapa unsur, yaitu penetapan kriteria hasil, peninjauan efektivitas tiap langkah dalam proses keperawatan, dan penyempurnaan rencana asuhan keperawatan. Dalam melaksanakan evaluasi, digunakan format SOAP, yang terdiri dari:

S (Subjektif): berisi keluhan atau pernyataan yang disampaikan pasien, keluarga, atau orang terdekat mengenai kondisi pasien.

O (Objektif): memuat data yang dapat diamati, diukur, dihitung, atau dirasakan langsung oleh perawat.

A (Analisa): merupakan hasil interpretasi atau kesimpulan perawat terhadap kondisi pasien berdasarkan data subjektif dan objektif.

P (Planning): berupa rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah kesehatan yang masih dialami pasien.