

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik**

##### **2.1.1 Definisi CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik**

Stroke iskemik merupakan kejadian tersumbatnya aliran darah ke otak yang terhenti karena aterosklerosis atau pembekuan darah yang menyumbat suatu pembuluh darah dan penyumbatan terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke arah otak (Aditya, 2022). Stroke iskemik merupakan suatu gejala klinis yang disebabkan oleh suplai darah yang tidak mencukupi ke otak yang disebabkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah di otak sehingga terjadi gangguan suplai darah ke otak dan dapat menyebabkan kematian atau iskemik saraf otak dan apabila tidak dilakukan penatalaksanaan yang cepat dan tepat, dapat berakibat pada kematian saraf otak secara permanen (Wahyuni, 2019). Stroke iskemik adalah suatu kondisi yang terjadi ketika aliran darah tidak mencapai otak akibat aterosklerosis atau pembekuan darah sehingga menyebabkan suplai darah ke otak terganggu. Stroke iskemik yang tidak segera ditangani dapat mengakibatkan kerusakan otak permanen hingga kematian jaringan otak.

##### **2.1.2 Klasifikasi CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik**

Stroke iskemik disebut dengan stroke tanpa pendarahan merupakan kondisi tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Dewi, 2024). Iskemik terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak.

Menurut Serafina (2023), dalam jurnal Asuhan Keperawatan CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik stroke iskemik terdiri dari 3 jenis yaitu:

1) *Stroke Thrombotic*

*Stroke Thrombotic* yaitu jenis stroke yang disebabkan terbentuknya trombus yang menyebabkan terjadinya penggumpalan.

2) *Stroke Emboli*

*Stroke Emboli* yaitu jenis stroke yang disebabkan oleh karena tertutupnya pembuluh arteri oleh pembekuan darah.

3) *Hipoperfusi Sistemik*

*Hipoperfusi Sistemik* yaitu jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

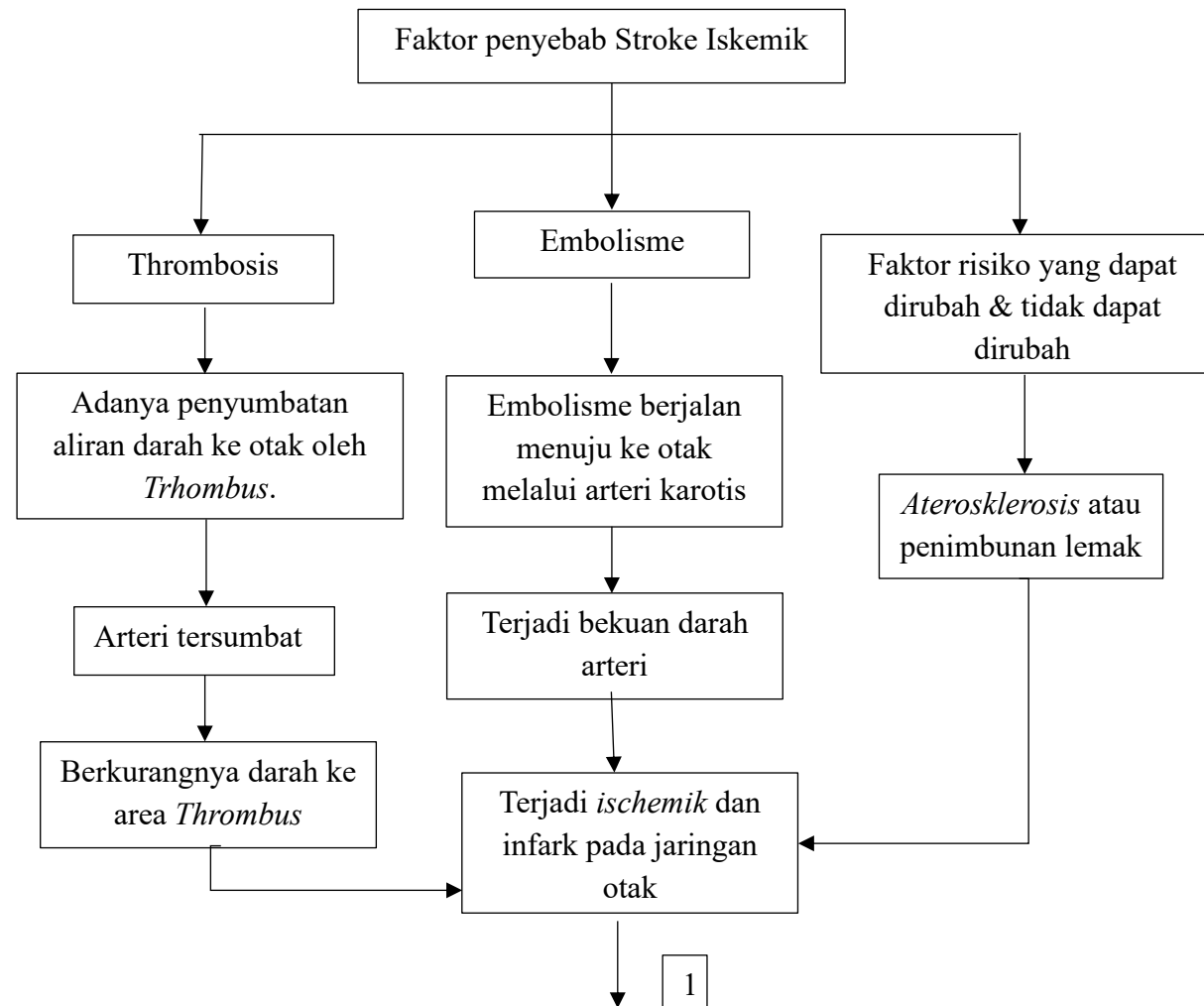
### **2.1.3 Etiologi atau Faktor Risiko CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik**

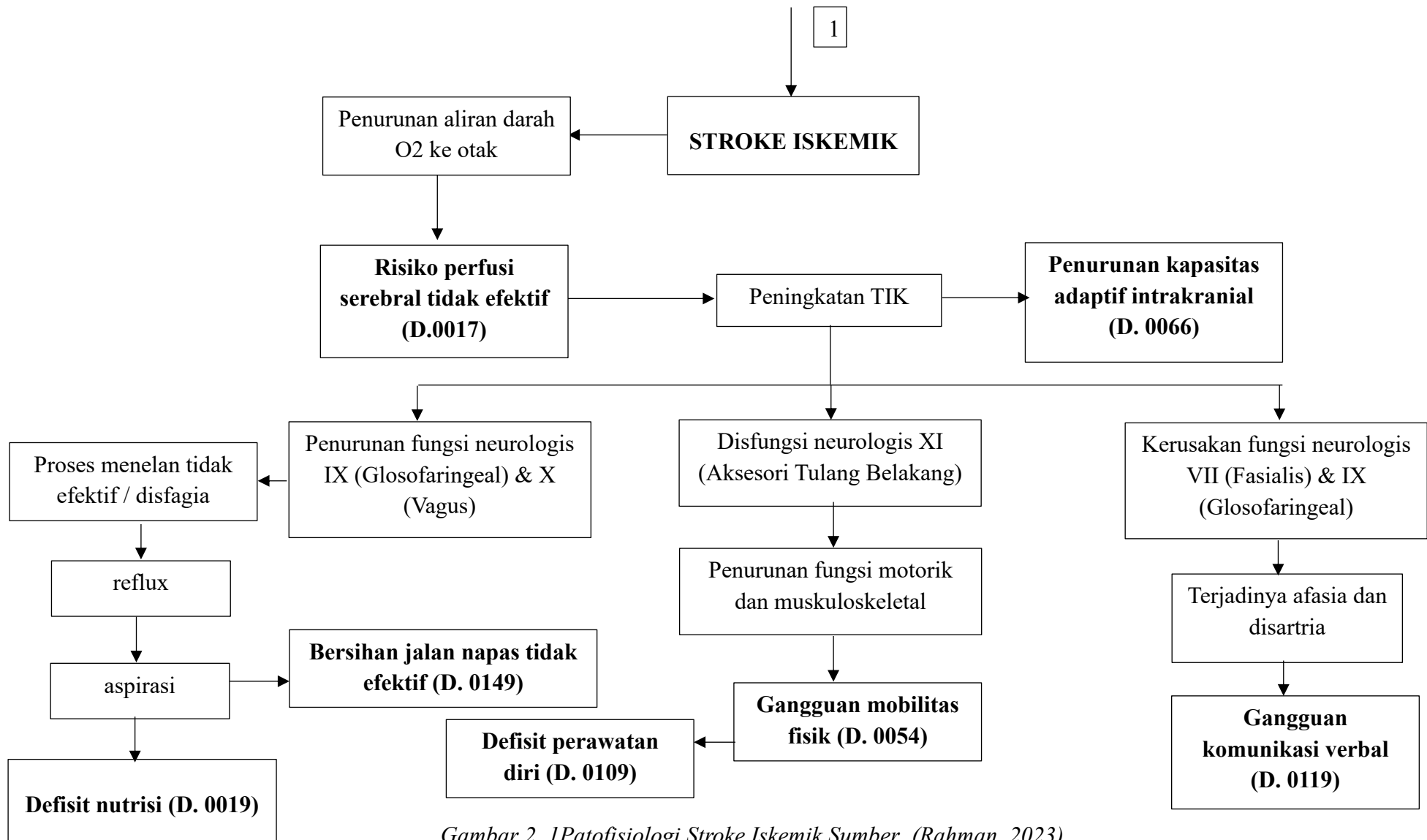
Stroke iskemik disebabkan karena tersumbatnya arteri servikal atau serebral yang mengakibatkan matinya jaringan otak karena terganggunya aliran darah pada bagian otak. Faktor-faktor yang meningkatkan risiko stroke iskemik meliputi aktivitas fisik, konsumsi alkohol, merokok, dan obesitas. Faktor risiko medis stroke iskemik meliputi tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, diabetes, riwayat stroke, atau jantung (WSO, 2024). Salah satu faktor risiko penyebab stroke iskemik yaitu aterosklerosis yang ditandai dengan adanya penebalan dinding arteri akibat penyumbatan kolesterol di tunika intima serta penumpukan trombus, hiperkolesterolemia, dan radikal bebas menjadi penyebab aterosklerosis (Irina, 2022). Aterosklerosis merupakan pembekuan timbunan lemak pada lapisan dalam

pembuluh darah yang mengakibatkan terputusnya atau terhambatnya aliran darah yang menuju ke otak (Rahayu, 2023).

#### 2.1.4 Patofisiologi CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik

##### 1) Bagan





Gambar 2. 1 Patofisiologi Stroke Iskemik Sumber (Rahman, 2023)

## 2) Uraian

Stroke iskemik merupakan kondisi yang terjadi akibat penyumbatan aliran darah ke otak, sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak menurun. Faktor risiko stroke iskemik terdiri dari faktor yang dapat diubah (seperti hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterolemia, merokok, dan obesitas) dan faktor yang tidak dapat diubah (usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga).

Penyumbatan aliran darah ke otak pada stroke iskemik umumnya terjadi melalui dua mekanisme utama, yaitu trombosis dan embolisme. Pada trombosis, terjadi pembentukan bekuan darah (trombus) di pembuluh darah otak akibat proses aterosklerosis, yaitu penumpukan lemak dan plak pada dinding arteri. Sementara pada embolisme, bekuan darah atau plak yang berasal dari jantung atau pembuluh darah besar terbawa aliran darah dan menyumbat arteri serebral, terutama melalui arteri karotis.

Akibat trombus atau embolus tersebut, arteri serebral mengalami penyumbatan, sehingga aliran darah ke area otak yang terdampak menjadi berkurang. Penurunan aliran darah ini menyebabkan penurunan suplai oksigen ( $O_2$ ) ke jaringan otak, yang selanjutnya menimbulkan kondisi iskemia. Apabila iskemia berlangsung lama, maka akan terjadi infark atau kematian sel-sel otak, yang menjadi dasar terjadinya stroke iskemik.

Sumbatan aliran darah serebral tersebut menimbulkan **risiko perfusi serebral tidak efektif**, karena jaringan otak tidak memperoleh aliran darah yang adekuat. Bila kondisi ini berlanjut, gangguan metabolisme sel otak

terjadi akibat kegagalan pompa ion, sehingga cairan masuk ke dalam sel dan menyebabkan edema serebri. Edema serebri meningkatkan volume jaringan otak di dalam rongga tengkorak yang bersifat kaku, sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Kondisi ini mengakibatkan **penurunan kapasitas adaptif intrakranial**, yaitu ketidakmampuan otak untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan tekanan dan volume intrakranial.

Kerusakan jaringan otak akibat stroke iskemik juga menyebabkan gangguan fungsi neurologis, tergantung pada area otak yang terkena. Kerusakan saraf kranial VII (fasialis), IX (glossofaringeus), dan X (vagus) menyebabkan gangguan proses menelan (disfagia). Disfagia meningkatkan risiko aspirasi, yang dapat memicu refluks dan masuknya makanan atau sekret ke jalan napas, sehingga muncul masalah **bersihan jalan napas tidak efektif**.

Selain itu, kerusakan fungsi saraf kranial yang mengatur bicara dapat menyebabkan afasia dan disartria, yang berujung pada **gangguan komunikasi verbal**. Gangguan sistem motorik dan muskuloskeletal akibat kerusakan jalur saraf motorik menimbulkan penurunan fungsi motorik, yang ditandai dengan kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak. Kondisi ini menyebabkan **gangguan mobilitas fisik** dan berakibat pada **defisit perawatan diri**, karena pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Disfagia yang dialami pasien stroke iskemik juga berdampak pada penurunan asupan nutrisi, sehingga menimbulkan **defisit nutrisi**. Kombinasi gangguan neurologis, penurunan mobilitas, dan gangguan menelan menjadikan pasien stroke iskemik memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk mencegah komplikasi lanjutan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

### 2.1.5 Manifestasi Klinis CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik

Menurut Robert 2024, tanda gejala atau manifestasi klinis stroke sangat bergantung pada jenis stroke iskemik atau hemoragik dan area otak yang terpengaruh antara lain:

- 1) Kelemahan atau Kelumpuhan Pada Satu Sisi Tubuh (*Hemiparesis* atau *Hemiplegia*)

Pasien mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada wajah, lengan, atau kaki di satu sisi tubuh.

- 2) Gangguan Bicara dan Pemahaman (Afasia)

Seseorang yang terkena stroke mengalami kebingungan, kata-kata yang diucapkannya tidak jelas serta tidak dapat memahami pembicaraannya.

- 3) Gangguan Penglihatan

Penglihatan tiba-tiba kabur atau menghitam pada satu atau kedua mata atau melihat dua kali.

- 4) Kesulitan Berjalan dan Kehilangan Keseimbangan

Orang yang terkena stroke mengalami kesulitan dalam mengkoordinasi atau menjaga keseimbangan.

#### 5) Sakit Kepala Mendadak dan Hebat

Sakit kepala tiba-tiba dan parah merupakan gejala stroke menyebabkan muntah, pusing, dan perubahan kesadaran terjadi bersamaan dengan sakit kepala.

### 2.1.6 Komplikasi CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik

Menurut Lidya Dewi (2024), dalam Jurnal Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik stroke iskemik menimbulkan berbagai komplikasi yang mempengaruhi proses pemulihan pasien antara lain:

- 1) Edema otak: Pembengkakan otak yang terjadi setelah stroke, biasanya akibat trombosis serebri. Edema otak stroke iskemik meningkatkan tekanan intrakranial, memperburuk kerusakan otak, dan meningkatkan risiko komplikasi serius seperti herniasi otak.
- 2) Herniasi otak: Kondisi ketika tekanan dalam tengkorak meningkat begitu tinggi sehingga jaringan otak terdorong keluar dari posisinya, baik ke dalam tengkorak atau melalui lubang di tengkorak.
- 3) Epilepsi post-stroke: Jaringan otak yang rusak dapat menjadi fokus epileptogenik yang memicu kejang, baik segera setelah stroke maupun di masa mendatang.
- 4) Pneumonia: Komplikasi umum dari stroke akibat imobilitas dan kesulitan menelan menyebabkan pneumonia aspirasi.
- 5) Trombosis vena dalam: Terbentuknya bekuan darah di vena kaki akibat kurangnya pergerakan setelah stroke.

- 6) Dekubitus: Luka tekan yang terjadi karena penurunan mobilitas dan tekanan berkepanjangan pada area tubuh tertentu akibat imobilitas.

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik**

Stroke iskemik terjadi ketika aliran darah ke otak terhambat, menyebabkan kerusakan jaringan otak. Diagnosis yang cepat dan akurat sangat penting untuk menentukan penanganan yang tepat (Lusiana, 2019). Berikut adalah beberapa pemeriksaan penunjang stroke iskemik:

- 1) *Angiografi serebral*: memperjelas gangguan atau kerusakan pada diskulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan.
- 2) CT scan: mendeteksi abnormalitas struktur. Pada stroke nonhemoragi akan terlihat adanya infark.
- 3) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*): menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan dari area yang mengalami lesi infark akibat dari stroke. Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, *malformasi arterior vena* (MAV), pemeriksaan ini lebih canggih dibandingkan CT scan.
- 4) USG (*Ultrasonography*) Doppler: untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).
- 5) EEG (*Elektroensefalografi*): pemeriksaan ini bertujuan untuk menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

- 6) *Tomografi emisi-positron*: memberi data tentang metabolisme serebral dan perubahan pada aliran darah serebral.
- 7) Sinar tengkorak: Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pada daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral; klasifikasi parsial dinding *aneurisma* pada perdarahan *subaraknoid*.

### 2.1.8 Penatalaksanaan CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik

Menurut Hasuty (2024), dalam Jurnal Keperawatan Diagnosis dan Tatalaksana Awal Stroke penatalaksanaan stroke iskemik bertujuan untuk memulihkan aliran darah ke otak secepat mungkin, mencegah kerusakan lebih lanjut, dan meminimalkan komplikasi.

#### 1) Stabilisasi Jalan Napas dan Pernapasan

Gangguan jalan napas dan pernapasan sering menyertai suatu serangan stroke akut ataupun setelahnya menyebabkan terjadinya hipoksemia yang sangat memengaruhi luaran pasien stroke. Penyebab tersering gangguan jalan napas dan pernapasan pada pasien stroke meliputi aspirasi, infeksi saluran napas, sindrom distres, pernapasan akut, edema paru, emboli paru, apnea tidur, gangguan pernapasan sentral serta kelemahan otot-otot pernapasan.

#### 2) Stabilisasi *Hemodinamik* (Sirkulasi)

Sekitar 80% pasien stroke akut juga mengalami hipertensi juga pada sebagian kecil kasus mengalami hipotensi. Hipertensi maupun hipotensi yang berat akan berdampak buruk pada luaran pasien. Hipertensi yang

berat dapat meningkatkan risiko perdarahan intrakranial, sedangkan hipotensi yang berat akan mengganggu perfusi serebral dan berpotensi meningkatkan volume infark.

### 3) Pengendalian Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Kasus stroke tertentu sering disertai dengan peningkatan tekanan intrakranial, sebagai contoh pada kasus stroke stroke iskemik luas. Peningkatan tekanan intracranial dapat menyebabkan gangguan perfusi serebral yang selanjutnya menyebabkan penurunan aliran darah serebral atau *cerebral blood flow* (CBF) kemudian memicu iskemia global yang dapat berujung pada kematian.

### 4) Pengendalian Kejang

Kejang *konvulsif* dapat terjadi pada pasien stroke khususnya stroke iskemik di area kortikal. Kejang perlu diatasi secara agresif, tetapi belum ada rekomendasi penggunaan *antikonvulsan profilaksis* pada kasus stroke. Kejang *nonkonvulsif* dapat terjadi dan penting untuk dideteksi.

### 5) Pengendalian Suhu Tubuh

Peningkatan suhu tubuh dapat terjadi pada hingga 50% pasien stroke akut, dan secara independen terkait dengan luaran yang buruk. Sampai saat ini belum ada rekomendasi target temperatur pada pasien stroke, namun setiap pasien stroke yang disertai *febris* (suhu tubuh  $>37^{\circ}\text{C}$ ) harus diobati dengan antipiretik (*asetaminofen*) dan diatasi penyebabnya (AHA/ASA kelas I, level C).

#### 6) Tata Laksana Cairan

Keseimbangan cairan perlu dimonitor dan dipertahankan dalam kondisi *euvolemia*. Tata laksana cairan perlu pengawasan khusus terutama pada pasien dengan *komorbid* gangguan jantung, ginjal, maupun edema serebri. Pemberian cairan harus bersifat individual disesuaikan dengan kondisi klinis dan *komorbid* pada pasien.

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA (*Cerebrovaskuler Accident*) Iskemik

### 2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, pengelompokan data, dan merumuskan tindakan keperawatan (Astuti, 2021).

Anamnesis pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pengkajian psikososial (Lusiana, 2019).

#### 1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (tertinggi terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis. Risiko diatas 55 tahun wanita lebih tinggi dibanding laki-laki. Stroke iskemik (*infark* atau kematian jaringan) sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari (Astuti, 2021).

## 2) Riwayat Kesehatan

### a) Keluhan Utama

Masalah atau gejala yang paling signifikan dan menjadi perhatian utama klien saat mencari perawatan medis sehingga menjadi alasan utama pasien datang ke fasilitas kesehatan dan sering kali menjadi fokus utama dalam proses penilaian dan diagnosis oleh tenaga kesehatan antara lain kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran (Astuti, 2021).

## 3) Riwayat Penyakit Sekarang

Stroke iskemik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombotik serebral, biasanya terjadi setelah lama beristirahat, bangun tidur, atau di pagi hari juga terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain. Penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan oleh perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi sesuai perkembangan penyakit; dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma (Astuti, 2021).

## 4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan antikoagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obatan adiktif, dan kegemukan. Pengkajian

pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol, dan penggunaan obat kontrasepsi oral dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Lusiana, 2019).

#### 5) Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke iskemik dari generasi terdahulu (Lusiana, 2019).

#### 6) Riwayat Psikososial

##### a) Konsep Diri

##### (1) Gambaran Diri

Pasien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan pasien tidak mau membebani keluarganya, sehingga pasien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan (Getudris, 2019).

##### (2) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya (Getudris, 2019).

##### (3) Harga Diri

Secara teori pada klien stroke menyebabkan dampak fisik dan psikologis yang signifikan, termasuk penurunan harga diri dan

kecemasan yang tinggi, merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Getudris, 2019).

#### (4) Peran Diri

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Getudris, 2019).

#### (5) Identitas Diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. (Getudris 2019).

### 7) Pengkajian Psiko Spiritual

Pengkajian psiko spiritual pasien CVA meliputi berapa dimensi yang kemungkinan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi pada pasien. Pengkajian psiko spiritual juga penting untuk respons kepada pasien agar bisa menjaga emosinya karena penyakit yang dideritanya. Perubahan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat secara responsif atau pengaruh dalam kehidupan sehari-harinya (Lusiana, 2019).

### 8) Pola Kesehatan Sehari-Hari

#### a) Pola nutrisi

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

kerusakan nervus cranial X (Vagus), selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus (Astuti, 2021).

b) Pola istirahat

Pasien CVA mengalami gangguan pada pola tidurnya karena adanya rasa nyeri pada otot. Biasanya pasien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot) (Astuti, 2021).

c) Pola aktivitas

Pada penderita CVA biasanya tidak dapat beraktivitas sepenuhnya karena pada salah satu anggota bagian tubuhnya mengalami kelemahan atau kelumpuhan (Astuti, 2021).

d) Pola Eliminasi

Terjadinya inkontinensia pada pola eliminasi terkadang terjadi kontipasi karena penurunan kesadaran (Astuti, 2021).

e) Pola Personal Hygiene

Pada penderita CVA mengalami penurunan kelemahan pada anggota gerak sehingga selama melakukan tindakan personal hygiene pasien dibantu oleh perawat ataupun keluarga karena masih lemas untuk melakukan sendiri (Lusiana, 2019).

f) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Keluarga memberikan dukungan atau motivasi terhadap dirinya, seperti memberikan cinta kasih, merawat anggota keluarga yang

mengalami masalah kesehatan, dan memenuhi kebutuhan keluarga, 3 orang diantaranya mengatakan kadang-kadang keluarganya ada memberikan dukungan terhadap dirinya dan 2 orang lainnya juga mengatakan keluarganya sibuk dengan urusannya masing-masing (Lusiana, 2019).

g) Pola Tidur dan Istirahat

Pada klien stroke biasanya akan mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot atau nyeri otot (Lusiana, 2019).

h) Pola Peran Hubungan

Pada klien stroke infark biasanya akan mengalami kesulitan dalam interaksisosial dengan lingkungan sekitarnya, Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kerusakan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Lusiana, 2019).

i) Pola Seksual dan Reproduksi

Pengaruh aktifitas seksual penderita stroke yaitu faktor fisik, budaya dan psikis. Faktor fisik mempunyai peranan sangat penting dalam aktifitas seksual, faktor fisik yang berperan adalah pembuluh darah, hormonal, *neuromuskular* dan umur. Jika kondisi fisik terganggu, kemungkinan besar akan mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan seksualitasnya. Pada klien stroke *infark* biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin (Astuti, 2021).

j) Pola Toleransi Stress-Koping

Klien stroke infark mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi. Pada klien stroke iskemik didapatkan hasil bahwa pola koping dan toleransi diri terganggu dengan tanda dan gejala: pasien merasa gelisah dan khawatir karena tidak akan bisa lagi kembali ke aktivitas normal dalam jangka waktu yang lama (Astuti, 2021).

k) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Biasanya di dalamnya statusmental, pola komunikasi, dan orientasi. Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Zebua, 2021).

l) Nilai dan Kepercayaan

Seseorang mengalami stroke iskemik akan mempengaruhi beberapa aspek seperti kesehatan fisik, psikologi, sosial dan spiritual. Stroke tidak hanya menyangkut aspek neurulogis tetapi berdampaknya pada krisis kepercayaan terhadap Tuhan pemberi kekuatan, arti hidup yang mengalaminya dan harapan (Astuti, 2021).

### 9) Pemeriksaan Fisik (*Head to toe*)

Pemeriksaan fisik dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan sampai ke kaki. Mulai dari: keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, dan tenggorokan, leher, dada, paru, jantung, perut, ginjal, punggung, genetalia, rektum, serta ekstremitas (Astuti, 2021).

#### a) Keadaan Umum

Keadaan umum mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, tidak bisa bicara (Astuti, 2021).

#### b) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi (Astuti, 2021).

#### c) Kepala dan Rambut

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peningkatan tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai (umumnya rambut tidak ada kelainan), kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi (Lusiana, 2019).

d) Wajah

Umumnya pada wajah tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis) (Lusiana, 2019).

e) Mata, hidung

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). Pada mata biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor. Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I) (Fitriani, 2021).

f) Telinga

Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).

g) Mulut dan Faring

Adanya gangguan pengecap (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 (Lusiana, 2019).

h) Leher dan tenggorokan

Terdapat pembesaran kelenjar tyroid atau tidak, terdapat pembesaran vena dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada

klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran *compos mentis*, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Kaku kuduk jarang terjadi (Astuti, 2021).

i) Payudara dan Ketiak

Umumnya tidak ada kelainan pada payudara (Asti, 2021).

j) Paru – Paru

(1) 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. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan

(2) Palpasi

Untuk menilai *tactile fremitus*

(3) Perkusi

Untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor

(4) Auskultasi

Pada klien dengan tingkat kesadaran *Composmentis* tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapt bunyi nafas tambahan

k) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus kordis tidak nampak.

(2) Palpasi

Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra.

(3) Perkusi

Suara jantung pekak

(4) Auskultasi

Irama jantung reguler, terdengar suara jantung I dan II, murmur atau gallop.

l) Abdomen

(1) Inspeksi

Biasanya simetris, tidak ada asites

(2) Auskultasi

Biasanya terjadi penurunan peristaltik ( 5-35 x/mnt )

(3) Palpasi

Tidak teraba massa, tidak nyeri tekan.

(4) Perkusi

Suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung.

m) Pemeriksaan Integumen

Jika pasien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali >2 detik). Disamping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke harus bed rest (Fitriani, 2021).

n) Alat Genetalia

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri, serta apakah dipasang alat dower cateter (DC). (Astuti, 2021).

o) Ekstermitas Atas dan Bawah

Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparese) (Lusiana, 2019). Latihan ROM Pasif :

- Ekstremitas atas bagian kiri:

- a. Bahu

- Fleksi = mengangkat lengan ke atas.
    - Ekstensi = menurunkan lengan kembali
    - Abduksi = menjauhkan lengan dari tubuh
    - Adduksi = mendekatkan lengan ke tubuh
    - Rotasi internal & eksternal = memutar lengan ke dalam dan luar

b. Siku

- Fleksi = menekuk siku
- Ekstensi = meluruskan siku

c. Lengan Bawah

- Pronasi = menghadapkan telapak tangan ke bawah
- Supinasi = menghadapkan telapak tangan ke atas

d. Pergelangan Tangan

- Fleksi = menekuk telapak tangan kebawah
- Ekstensi = meluruskan kembali telapak tangan
- Abduksi = menggerakkan pergelangan tangan ke arah ibu jari
- Adduksi = menggerakkan pergelangan tangan ke arah kelingking

e. Jari Tangan

- Fleksi = mengepalkan jari-jari tangan
- Ekstensi = membuka jari-jari tangan
- Abduksi = meregangkan jari jari tengah
- Adduksi = merapatkan kembali jari jari tengah
- Oposisi = menyetuhkan ibu jari kesetiap ujung jari tangan.

- Ekstremitas bawah bagian kiri:

a. Lutut

- Fleksi = menekuk lutut kearah dada

- Ekstensi = meluruskan kembali lutut

b. Pergelangan Kaki

- Dorsofleksi = menarik jari kaki ke arah tubuh
- Plantarfleksi = menarik jari kaki ke bawah
- Inversi = memutar telapak kaki ke arah dalam
- Eversi = memutar telapak kaki ke arah luar

c. Jari Kaki

- Fleksi = menekuk jari kaki ke bawah
- Ekstensi = meluruskan jari kaki

10) Pemeriksaan Syaraf Otak (Nervus Cranialis)

a) Tingkat Kesadaran (secara kuantitatif) /GCS

GCS < 12 pada awal terserang stoke, saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15 (Astuti, 2021).

b) Pemeriksaan Neurologis

- (1) Nervus I Olfaktorius : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman anatara kiri dan kanan berbeda
- (2) Nervus II Optikus : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada pasien hemiplegia kiri. Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6.

- (3) Nervus III Okulomotoris : diameter pupil 2mm/2mm, pasien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah.
- (4) Nervus IV Trochlearis : klien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke atas
- (5) Nervus V Trigeminus : pasien mampu menggerakkan otot rahang (Familah, 2024).
- (6) Nervus VI Abdusen : klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke kanan dan kiri
- (7) Nervus VII Fasalis : pasien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum.
- (8) Nervus VIII Vestibulococlearis : biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas
- (9) Nervus IX Glossofaringeus : pasien dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan
- (10) Nervus X Vagus : kemampuan pasien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan
- (11) Nervus XI Asesorius : pasien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat

(12) Nervus XII Hipoglosu : pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat berbicara

c) Fungsi Motorik dan Sensorik

Pada fungsi motorik dapat mengetahui kekuatan otot pada anggota gerak, terutama pada sisi tubuh yang terkena stroke.

Pada fungsi sensorik pada sentuhan/raba kemampuan klien untuk merasakan sentuhan pada sisi tubuh yang terkena stroke.

Pada rasa klien mampu atau tidaknya merasakan rasa yang diberikan. Pada bau klien mampu tidaknya bau yang diberikan

d) Refleksi

Biasanya dicek atau di periksa reflek seperti fisiologis dan reflek patologis.

e) Pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan radiologi atau rontgen kepala dan medulla spinalis.

(2) Pemeriksaan laboratorium darah.

(3) Pemeriksaan foto thorax : untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.

(4) Lumbal pungsi : pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut buku SDKI PPNI (2018) diagnosa keperawatan yang muncul pada klien stroke iskemik yaitu:

#### 1) Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0149)

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

#### **Penyebab:**

##### *Fisiologis*

- a) Spasme jalan napas
- b) Hipersekresi jalan napas
- c) Disfungsi neuromuskuler**
- d) Benda asing dalam jalan napas
- e) Adanya jalan napas buatan
- f) Sekresi yang tertahan
- g) Hiperplasia dinding jalan napas
- h) Proses infeksi
- i) Respon alergi
- j) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

##### *Situasional*

- k) Merokok aktif
- l) Merokok pasif
- m) Terpajan polutan

## Gejala dan Tanda Mayor

*Tabel 2. 1 Gejala Dan Tanda Mayor dan Minor Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif*

| Subjektif        | Objektif                                                                                                                                                                    |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (tidak tersedia) | (1) Batuk tidak efektif<br>(2) Tidak mampu batuk<br>(3) Sputum berlebih<br>(4) Mengi, <i>wheezing</i> dan/atau ronkhi kering<br>(5) Mekonium di jalan napas (pada neonatus) |

## Gejala dan Tanda Minor

| Subjektif        | Objektif                           |
|------------------|------------------------------------|
| (1) Dispnea      | (1) Gelisah                        |
| (2) Sulit bicara | (2) Sianosis                       |
| (3) Ortopnea     | (3) Bunyi napas berubah            |
|                  | (4) <b>Frekuensi napas berubah</b> |
|                  | (5) Pola napas berubah             |

## 2) Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

**Definisi:** Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

### Penyebab:

- a) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) **Aterosklerosis aorta**

- d) Diseksi anturi
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak.
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium
- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis. anamla sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme**
- n) Cedera kepala
- o) Hiperkolesteronemia
- p) Hipertensi
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom *sick* sinus
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi tombolitik.
- y) Efek samping tindakan (mis tindakan operasi *bypass*)
- z)

## Gejala dan Tanda Mayor

*Tabel 2. 2 Gejala dan Tanda Mayor Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif*

| Subjektif        | Objektif                               |
|------------------|----------------------------------------|
| (tidak tersedia) | (1) Penurunan kesadaran                |
|                  | (2) Tekanan darah rendah (hipotensi)   |
|                  | (3) <b>Hemiparesis atau hemiplegia</b> |

### 3) Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D0066)

**Definisi:** Gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial.

**Penyebab:**

- a) Lesi menempati ruang (mis: space-occupying lesion – akibat tumor, abses)
- b) Gangguan metabolisme (mis: akibat hiponatremia, ensefalopati uremik, ensefalopati hepatikum, ketoasidosis diabetik, septikemia)
- c) **Edema serebral (mis: akibat cedera kepala (hematoma epidural, hematoma subdural, hematoma subarachnoid, hematoma intraserebral), stroke iskemik, stroke hemoragik, hipoksia, ensefalopati iskemik, pasca operasi)**

- d) Peningkatan tekanan vena (mis: akibat thrombosis sinus vena serebral, gagal jantung, thrombosis/obstruksi vena jugularis atau vena kava superior)
- e) Obstruksi aliran cairan serebrospinalis
- f) Hipertensi intrakranial idiopatik

### Gejala dan Tanda Mayor

*Tabel 2. 3 Gejala dan Tanda Mayor dan Minor Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial*

| Subjektif        | Objektif                                                                          |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| (1) Sakit kepala | (1) Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi ( <i>pulse pressure</i> ) melebar |
|                  | (2) Bradikardia                                                                   |
|                  | (3) Pola napas ireguler                                                           |
|                  | (4) Tingkat kesadaran menurun                                                     |
|                  | (5) Respon pupil melambat atau tidak sama                                         |
|                  | (6) Refleks neurologis terganggu                                                  |

### Gejala dan Tanda Minor

| Subjektif        | Objektif                         |
|------------------|----------------------------------|
| (tidak tersedia) | (1) Gelisah                      |
|                  | (2) Agitasi                      |
|                  | (3) Muntah (tanpa disertai mual) |
|                  | (4) Tampak lesu/lemah            |
|                  | (5) Fungsi kognitif terganggu    |

|                                  |
|----------------------------------|
| (6) Tekanan intrakranial (TIK)   |
| >20mmHg                          |
| (7) Papiledema                   |
| (8) Postur deserebrasi (ektensi) |

#### 4) Defisit nutrisi (D.0019)

**Definisi:** Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

**Penyebab:**

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

**Gejala dan Tanda Mayor**

*Tabel 2. 4 Gejala dan Tanda Mayor dan Minor Defisit Nutrisi*

| Subjektif        | Objektif                                                     |
|------------------|--------------------------------------------------------------|
| (Tidak tersedia) | (1) Berat badan menurun minimal 10%<br>dibawah rentang ideal |

**Gejala dan Tanda Minor**

| Subjektif                   | Objektif                   |
|-----------------------------|----------------------------|
| Cepat kenyang setelah makan | (1) Bising usus hiperaktif |
| Kram/nyeri abdomen          | (2) Otot pengunyah lemah   |

---

|                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| Nafsu makan menurun | (3) <b>Otot menelan lemah</b> |
|                     | (4) Membran mukosa pucat      |
|                     | (5) Sariawan                  |
|                     | (6) Serum albumin turun       |
|                     | (7) Rambut rontok berlebihan  |
|                     | (8) Diare                     |

---

### 5) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

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

**Penyebab:**

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Mainukrist
- k) Gangguan muskuloskeletal**
- l) Gangguan neuromuskular**
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia

- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori persepsi

### Gejala dan Tanda Mayor

*Tabel 2. 5 Gejala dan Tanda Mayor dan Minor Gangguan Mobilitas Fisik*

| Subjektif                                                                     | Objektif                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| (1) <b>Mengeluh</b> <b>sulit</b><br><b>menggerakkan</b><br><b>ekstremitas</b> | (1) <b>Kekuatan otot menurun</b><br>(2) <b>Rentang gerak (ROM) menurun</b> |

### Gejala dan Tanda Minor

| Subjektif                                               | Objektif                                                       |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| (1) Nyeri saat bergerak                                 | (1) Sendi kaku                                                 |
| (2) Enggan                      melakukan<br>pergerakan | (2) Gerakan tidak terkoordinasi<br>(3) <b>Gerakan terbatas</b> |
| (3) Merasa    cemas    saat<br>bergerak                 | (4) Fisik lemah                                                |

## 6) Defisit perawatan diri (D.0109)

**Definisi:** Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

**Penyebab:**

- a) Gangguan muskuloskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi atau minat

### Gejala dan Tanda Mayor

*Tabel 2. 6 Gejala dan Tanda Mayor Defisit Perawatan Diri*

| Subjektif   |                | Objektif                                                                        |  |
|-------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| (1) Menolak | melakukan      | (1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri |  |
|             | perawatan diri | (2) Minat melakukan perawatan diri kurang                                       |  |

## 7) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

**Definisi:** Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol

**Penyebab:**

- a) **Penurunan sirkulasi serebral**
- b) **Gangguan neuromuskuler**
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik (mis, terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
- g) Hambatan individu (mis, ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- i) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

**Gejala dan Tanda mayor***Tabel 2. 7 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Komunikasi Verbal*

| <b>Subjektif</b> | <b>Objektif</b>                                                                                                 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (tidak tersedia) | <b>(1) Afasia</b><br><b>(2) Disfasia</b><br>(3) Apraksia<br>(4) Disleksia<br><b>(5) Disartria</b><br>(6) Afonia |

---

(7) Dislalia

**(8) Pelo**

(9) Gagap

(10) Tidak ada kontak mata

**(11) Sulit memahami komunikasi**

(12) Sulit mempertahankan komunikasi

(13) Sulit menggunakan ekspresi wajah  
atau tubuh

(14) Tidak mampu menggunakan ekspresi  
wajah atau tubuh

(15) Sulit menyusun kalimat

**(16) Verbalisasi tidak tepat**

**(17) Sulit mengungkapkan kata-kata**

(18) Disorientasi orang, ruang, waktu

(19) Defisit penglihatan

(20) Delusi

---

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Menurut buku SIKI PPNI (2018), intervensi keperawatan yang muncul pada klien stroke iskemik yaitu:

*Tabel 2. 8 Tabel. Intervensi Keperawatan*

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                                                                                                                                     | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Bersihkan jalan napas tidak efektif (D.0149)  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulit bicara menurun (5)</li> <li>• Dispnea menurun (5)</li> <li>• Sianosis menurun (5)</li> <li>• Pola napas membaik (5)</li> </ul> | <b>Stabilisasi jalan napas (I.01025)</b><br><b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi ukuran dan tipe selang orofaringeal atau nasofaringeal</li> <li>2. Monitor suara napas setelah selang jalan napas terpasang (mis, sesak napas, mengorok)</li> <li>3. Monitor komplikasi pemasangan selang jalan napas</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan ukuran yang sesuai untuk mencegah obstruksi jalan napas atau trauma.</li> <li>2. Mendeteksi adanya obstruksi atau komplikasi seperti sesak napas dan mengorok.</li> <li>3. Mencegah risiko cedera mukosa, perdarahan, atau infeksi.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | <p>4. Monitor kesimetrisan pergerakan dinding dada Monitor saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>) dan CO<sub>2</sub></p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>5. Gunakan alat pelindung diri (mie, sarung tangan, kacamata, masker)</p> <p>6. Posisikan kepala pasien sesuai dengan kebutuhan</p> <p>7. Lakukan pengisapan mulut dan orofaring</p> <p>8. Insersikan selang oro/nasofaring dengan tepat</p> <p>9. Pastikan selang oro/nasofaring mencapai dasar lidah dan</p> | <p>4. Mengevaluasi efektivitas ventilasi dan oksigenasi pasien.</p> <p>5. Mencegah infeksi silang antara pasien dan tenaga medis.</p> <p>6. Membantu membuka jalan napas dan mencegah obstruksi.</p> <p>7. Menghilangkan sekret yang dapat menyumbat jalan napas.</p> <p>8. Memastikan ventilasi yang optimal dan mencegah trauma.</p> <p>9. menghindari obstruksi jalan napas.</p> <p>10. Mencegah pergeseran yang dapat menyebabkan dislokasi atau trauma.</p> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                 | Rasional                                                                    |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | menahan lidah tidak jatuh ke belakang                                                           | 11. Mencegah infeksi dan menjaga fungsi optimal selang.                     |
|    |                                               |                                             | 10. Fiksasi selang oro/masofaring dengan cara yang tepat                                        | 12. Memastikan ventilasi adekuat jika intubasi tidak memungkinkan.          |
|    |                                               |                                             | 11. Ganti selang oro/nasofaring sesuai prosedur                                                 | 13. Mengurangi risiko komplikasi pemasangan.                                |
|    |                                               |                                             | 12. Inserikan laryngeal mask airway (LMA) dengan lepat                                          | 14. Menjamin kesiapan dalam situasi kritis.                                 |
|    |                                               |                                             | 13. Pastikan pemasangan selang endotrakeal dan trakeostomi hanya oleh tim medis yang kompeten   | 15. Mencegah hipoksia sebelum prosedur intubasi.                            |
|    |                                               |                                             | 14. Fasilitasi pemasangan selang endotrakeal dengan menyiapkan peralatan intubasi dan peralatan | 16. Memastikan posisi selang sudah tepat dan ventilasi berlangsung optimal. |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | <p>darurat yang dibutuhkan Berikan oksigen 100% selama 3-5 menit, sesuai kebutuhan</p> <p>15. Auskultasi dada setelah intubasi</p> <p>16. Gembungkan manset endotrakeal/trakeostomi</p> <p>17. Tandai selang endotrakeal pada bibir atau mulut</p> <p>18. Verifikasi posisi selang dengan menggunakan x-ray dada, pastikan trakea 2-4 cm di atas karina</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>19. Jelaskan tujuan dan prosedur stabilisust jalan napas</p> | <p>17. Mencegah kebocoran udara dan aspirasi.</p> <p>18. Mempermudah monitoring posisi selang.</p> <p>19. Memastikan lokasi yang tepat untuk efektivitas ventilasi.</p> <p>20. Memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarga agar lebih kooperatif.</p> <p>21. Meminimalkan risiko trauma pada trakea dan memastikan ventilasi yang efektif.</p> |

| No                 | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)  | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                          | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                              | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kolaborasi:</b> |                                                |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                    |                                                |                                                                                                                                                                                                      | 20. Kolaborasi pemilihan ukuran dan tipe selang endotrakeal atau selang trakeostomi yang memiliki volume tinggi, manset yang memiliki tekanan rendah                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 2.                 | Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aliran serebral meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tingkat kesadaran meningkat (5)</li> </ul> | <b>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)</b><br><b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Menentukan penyebab utama membantu pemilihan intervensi yang tepat dan mencegah perburukan kondisi.</li> <li>Perubahan tanda vital dan kesadaran merupakan indikator dini peningkatan TIK dan herniasi otak.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                                    | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan intrakranial menurun (5)</li> <li>• Kesadaran membaik (5)</li> <li>• Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5)</li> <li>• Reflek saraf membaik (5)</li> </ul> | <p>meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu Monitor PAWP, jika perlu</li> <li>5. Monitor PAP, Jika perlu</li> <li>6. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia</li> <li>7. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)</li> <li>8. Monitor gelombang ICP</li> <li>9. Monitor status pernapasan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. MAP memengaruhi perfusi serebral; MAP yang adekuat diperlukan untuk mempertahankan CPP.</li> <li>4. Menilai status volume intravaskular yang dapat memengaruhi tekanan intrakranial.</li> <li>5. Membantu evaluasi fungsi jantung dan status cairan yang berhubungan dengan perfusi otak.</li> <li>6. Menilai kondisi hemodinamik dan oksigenasi yang berdampak pada perfusi serebral.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | <p>10. Monitor intake dan output cairan</p> <p>11. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. wama, konsistensi)</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>12. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>13. Berikan posisi semi fowler</p> <p>14. Hindari manuver Valsava</p> <p>15. Cegah terjadinya kejang</p> <p>16. Hindari penggunaan PEEP</p> <p>17. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> | <p>7. Pengukuran langsung memberikan data akurat tentang derajat peningkatan TIK.</p> <p>8. Menjamin perfusi otak adekuat dan mencegah iskemia serebral.</p> <p>9. Perubahan pola gelombang mencerminkan kepatuhan otak dan risiko herniasi.</p> <p>10. Hipoksia dan hiperkapnia dapat meningkatkan aliran darah otak dan memperberat TIK.</p> <p>11. Ketidakseimbangan cairan dapat menyebabkan edema serebral.</p> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                    | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | 18. Atur ventilator agar PaCO <sub>2</sub> optimal<br>19. Pertahankan suhu tubuh normal<br><br><b>Kolaborasi:</b><br>20. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu<br>21. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu<br>22. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu | 12. Perubahan dapat mengindikasikan perdarahan, infeksi, atau gangguan aliran CSF.<br>13. Stimulasi berlebihan dapat meningkatkan tekanan intrakranial.<br>14. Memfasilitasi aliran balik vena dari otak sehingga menurunkan TIK.<br>15. Meningkatkan tekanan intratorakal dan menghambat aliran vena serebral. |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             |                                                 | <p>16. Kejang meningkatkan kebutuhan metabolik otak dan TIK.</p> <p>17. PEEP tinggi meningkatkan tekanan intratorakal dan TIK.</p> <p>18. Cairan hipotonik dapat memperberat edema serebral.</p> <p>19. PaCO<sub>2</sub> memengaruhi vasodilatasi serebral; kadar optimal mencegah peningkatan TIK.</p> <p>20. Hipertermia meningkatkan metabolisme otak dan aliran darah serebral.</p> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) | Rasional                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             |                                                 | <p>21. Mengurangi aktivitas otak dan mencegah kejang yang meningkatkan TIK.</p> <p>22. Menurunkan edema serebral dengan menarik cairan dari jaringan otak.</p> <p>23. Mencegah mencejan saat defekasi yang dapat meningkatkan TIK.</p> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)    | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D0066) | Setelah dilakukakn tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkat kesadaran meningkat (5)</li> <li>• Sakit kepala menurun (5)</li> <li>• Agitasi menurun (5)</li> <li>• Tekanan darah membaik (5)</li> <li>• Tekanan nadi (<i>pulse pressure</i>) membaik (5)</li> </ul> | <b>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)</b><br><b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kasadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Meen Arlertel Pressure)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan penyebab utama membantu pemilihan intervensi yang tepat dan mencegah perburukan kondisi.</li> <li>2. Perubahan tanda vital dan kesadaran merupakan indikator dini peningkatan TIK dan herniasi otak.</li> <li>3. MAP memengaruhi perfusi serebral; MAP yang adekuat diperlukan untuk mempertahankan CPP.</li> <li>4. Menilai status volume intravaskular yang dapat</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                 | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bradikardia membaik (5)</li> <li>• Pola napas membaik (5)</li> <li>• Respon pupil membaik (5)</li> <li>• Refleks neurologis membaik (5)</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu Monitor PAWP, jika perlu</li> <li>5. Monitor PAP, Jika perlu</li> <li>6. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia</li> <li>7. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)</li> <li>8. Monitor gelombang ICP</li> <li>9. Monitor status pernapasan</li> <li>10. Monitor intake dan output cairan</li> <li>11. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>memengaruhi tekanan intrakranial.</li> <li>5. Membantu evaluasi fungsi jantung dan status cairan yang berhubungan dengan perfusi otak.</li> <li>6. Menilai kondisi hemodinamik dan oksigenasi yang berdampak pada perfusi serebral.</li> <li>7. Pengukuran langsung memberikan data akurat tentang derajat peningkatan TIK.</li> <li>8. Menjamin perfusi otak adekuat dan mencegah iskemia serebral.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | <b>Terapeutik:</b><br>12. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang<br>13. Berikan posisi semi fowler<br>14. Hindari manuver Valsava<br>15. Cegah terjadinya kejang<br>16. Hindari penggunaan PEEP<br>17. Hindari pemberian cairan IV hipotonik<br>18. Atur ventilator agar PaCO <sub>2</sub> optimal<br>19. Pertahankan suhu tubuh normal | 9. Perubahan pola gelombang mencerminkan kepatuhan otak dan risiko herniasi.<br>10. Hipoksia dan hiperkapnia dapat meningkatkan aliran darah otak dan memperberat TIK.<br>11. Ketidakseimbangan cairan dapat menyebabkan edema serebral.<br>12. Perubahan dapat mengindikasikan perdarahan, infeksi, atau gangguan aliran CSF. |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                     | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | <b>Kolaborasi:</b><br>20. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu<br>21. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu<br>22. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu | 13. Stimulasi berlebihan dapat meningkatkan tekanan intrakranial.<br>14. Memfasilitasi aliran balik vena dari otak sehingga menurunkan TIK.<br>15. Meningkatkan tekanan intratorakal dan menghambat aliran vena serebral.<br>16. Kejang meningkatkan kebutuhan metabolik otak dan TIK.<br>17. PEEP tinggi meningkatkan tekanan intratorakal dan TIK. |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             |                                                 | <p>18. Cairan hipotonik dapat memperberat edema serebral.</p> <p>19. PaCO<sub>2</sub> memengaruhi vasodilatasi serebral; kadar optimal mencegah peningkatan TIK.</p> <p>20. Hipertermia meningkatkan metabolisme otak dan aliran darah serebral.</p> <p>21. Mengurangi aktivitas otak dan mencegah kejang yang meningkatkan TIK.</p> <p>22. Menurunkan edema serebral dengan menarik cairan dari jaringan otak.</p> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                                                                                                | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 23. Mencegah mengejan saat defekasi yang dapat meningkatkan TIK.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4. | Defisit nutrisi (D.0019)                      | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5)</li> <li>• Kekuatan otot pengunyah meningkat (5)</li> </ul> | <b>Manajemen nutrisi (I.03119)</b><br><b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan Intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai kondisi gizi pasien untuk menentukan kebutuhan nutrisi yang sesuai.</li> <li>2. Mencegah reaksi alergi atau gangguan pencernaan yang dapat memperburuk kondisi pasien.</li> <li>3. Meningkatkan nafsu makan dengan menyediakan makanan yang sesuai preferensi pasien.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                           | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kekuatan otot menelan meningkat (5)</li> </ul> | <p>7. Monitor berat badan</p> <p>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)</p> <p>11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> | <p>4. Memastikan pasien mendapatkan nutrisi yang cukup sesuai kondisi dan kebutuhannya.</p> <p>5. Menentukan apakah pasien membutuhkan pemberian makanan secara enteral.</p> <p>6. Menilai kecukupan nutrisi dan mencegah risiko malnutrisi atau obesitas.</p> <p>7. Mengevaluasi status nutrisi dan mendeteksi ketidakseimbangan elektrolit atau defisiensi nutrisi.</p> <p>8. Meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi mulut</p> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | <p>14. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>17. Anjurkan diet yang diprogramkan</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu</p> | <p>yang dapat mengurangi nafsu makan.</p> <p>9. Memberikan panduan agar pasien dapat mengonsumsi makanan yang seimbang.</p> <p>10. Meningkatkan selera makan pasien.</p> <p>11. Membantu menjaga kesehatan pencernaan.</p> <p>12. Memenuhi kebutuhan energi dan mempercepat proses pemulihan.</p> <p>13. Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi yang tidak tercukupi dari makanan utama.</p> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                             | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan jika perlu | 14. Mendorong pasien untuk kembali ke pola makan normal dan mengurangi risiko komplikasi penggunaan selang.<br>15. Mengurangi risiko aspirasi dan meningkatkan kenyamanan saat makan.<br>16. Membantu pasien memahami dan menerapkan pola makan yang sesuai dengan kondisinya.<br>17. Mengurangi hambatan makan akibat nyeri atau mual.<br>18. Memastikan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi secara optimal. |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                                                                                                                                     | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. | Gangguan mobilitas fisik (D.0054)             | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik klien (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergerakan ekstremitas meningkat (5)</li> <li>• Kekuatan otot meningkat (5)</li> <li>• Rentang gerak (ROM) meningkat (5)</li> </ul> | <b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b><br><b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri atau keluhan dapat menjadi hambatan mobilisasi dan meningkatkan risiko komplikasi.</li> <li>2. Menyesuaikan tingkat aktivitas dengan kondisi pasien mencegah kelelahan dan cedera.</li> <li>3. Mencegah komplikasi kardiovaskular akibat perubahan posisi atau aktivitas.</li> <li>4. Mendeteksi tanda-tanda ketidakstabilan seperti pusing, sesak napas, atau kelemahan.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | <b>Terapeutik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pager tempat tidur)</li> <li>6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <b>Edukasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengurangi risiko jatuh dan meningkatkan kemandirian pasien.</li> <li>6. Memberikan dukungan fisik agar pasien lebih percaya diri dalam bergerak.</li> <li>7. Dukungan emosional dan fisik dari keluarga dapat meningkatkan motivasi pasien.</li> <li>8. Membantu pasien memahami manfaat dan pentingnya mobilisasi dini.</li> <li>9. Mencegah komplikasi imobilisasi seperti dekubitus dan trombosis vena dalam.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                                                                                               | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                           | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)                                                                                                                                         | 10. Memungkinkan pasien untuk beradaptasi secara bertahap dengan aktivitas fisik, sehingga meningkatkan kemandirian                                                                                                                                                                                           |
| 6. | Defisit perawatan diri (D.0109)               | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri klien (L.11103) meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan mandi meningkat (5)</li> <li>• Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5)</li> </ul> | <b>Dukungan perawatan diri (I.11348)</b><br><b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyesuaikan intervensi dengan kebiasaan dan kemampuan pasien agar lebih efektif.</li> <li>2. Menilai sejauh mana pasien mampu melakukan perawatan diri tanpa bantuan.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyesuaikan intervensi dengan kebiasaan dan kemampuan pasien agar lebih efektif.</li> <li>2. Menilai sejauh mana pasien mampu melakukan perawatan diri tanpa bantuan.</li> <li>3. Memastikan ketersediaan alat bantu yang mendukung kemandirian pasien.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                                      | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan makan meningkat (5)</li> <li>• Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5)</li> <li>• Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5)</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memastikan ketersediaan alat bantu yang mendukung kemandirian pasien.</li> <li>4. Suasana yang nyaman dan privasi membantu meningkatkan motivasi pasien dalam perawatan diri.</li> <li>5. Mempermudah akses pasien terhadap barang-barang kebersihan untuk mendorong perawatan diri.</li> <li>6. Memberikan dukungan hingga pasien mampu melakukannya secara mandiri.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Suasana yang nyaman dan privasi membantu meningkatkan motivasi pasien dalam perawatan diri.</li> <li>5. Mempermudah akses pasien terhadap barang-barang kebersihan untuk mendorong perawatan diri.</li> <li>6. Memberikan dukungan hingga pasien mampu melakukannya secara mandiri.</li> <li>7. Membantu pasien beradaptasi secara psikologis jika mengalami keterbatasan dalam perawatan diri.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | <p>7. Membantu pasien beradaptasi secara psikologis jika mengalami keterbatasan dalam perawatan diri.</p> <p>8. Mendorong pasien untuk tetap berusaha melakukan perawatan diri sesuai kemampuannya.</p> <p>9. Membangun kebiasaan yang terstruktur agar pasien lebih disiplin dalam perawatan diri.</p> <p>10. Meningkatkan kemandirian pasien dalam menjaga kebersihan dan kesejahteraan dirinya.</p> <p>11. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> | <p>8. Mendorong pasien untuk tetap berusaha melakukan perawatan diri sesuai kemampuannya.</p> <p>9. Membangun kebiasaan yang terstruktur agar pasien lebih disiplin dalam perawatan diri.</p> <p>10. Meningkatkan kemandirian pasien dalam menjaga kebersihan dan kesejahteraan dirinya.</p> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Rasional |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|    |                                               |                                             | <p>12. Monitor tingkat kemandirian</p> <p>13. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>14. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>15. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>16. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> |          |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                    | Rasional |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|    |                                               |                                             | <p>17. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>18. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>19. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>20. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> |          |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. | Gangguan komunikasi verbal (D.0119)           | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal klien (L.13118) meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan berbicara meningkat (5)</li> <li>• Kemampuan mendengar meningkat (5)</li> <li>• Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5)</li> <li>• Afasia menurun (5)</li> <li>• Disatria menurun (5)</li> </ul> | <b>Edukasi komunikasi efektif (I.12387)</b><br><br><b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <b>Terapeutik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan pasien siap secara mental dan kognitif agar edukasi lebih efektif.</li> <li>2. Mempermudah pemahaman dengan media yang sesuai kebutuhan pasien.</li> <li>3. Menghormati kenyamanan pasien agar edukasi lebih diterima.</li> <li>4. Memastikan pasien memahami informasi yang diberikan dan mengklarifikasi jika ada kebingungan.</li> <li>5. Membantu pasien memahami hambatan dan pendukung komunikasi yang baik.</li> </ol> |

| No | Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)                                                                                                                                                                                                                              | Rasional                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                             | <b>Edukasi:</b><br>5. Jelaskan faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan komunikasi efektif<br>6. Ajarkan cara menyampaikan pesan dengan tepat<br>7. Ajarkan cara menggunakan komunikasi efektif<br>8. Ajarkan cara melakukan verifikasi pada pesan yang diterima | 6. Meningkatkan kejelasan dan efektivitas komunikasi pasien.<br>7. Meningkatkan keterampilan berbicara dan mendengarkan dengan baik.<br>8. Menghindari kesalahpahaman dalam komunikasi dengan memastikan pesan dipahami dengan benar. |

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dan muncul jika perencanaan yang dibuat diterapkan pada klien. Penerapan yang digunakan pada klien akan berbeda-beda, sesuai dengan kondisi klien saat ini dan kebutuhan yang paling dibutuhkan oleh klien (Fitriani, 2021).

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan yaitu perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya (Fitriani, 2021)