

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi (Kusyani, 2022).

Stroke adalah suatu penyakit neurologis yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak secara mendadak yang mengakibatkan kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, dan bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Que, 2023).

Stroke iskemik merupakan suatu keadaan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang umumnya terjadi serangan saat atau setelah bangun tidur (Nurhidayat, Andarmoyo, & Widiyat, 2021). Sedangkan menurut Kusyani (2022), stroke Iskemik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral, biasanya sering terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau terjadi di pagi hari serta tidak terjadi perdarahan. Stroke iskemik merupakan stroke yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah ke otak yang dapat menyebabkan penurunan persediaan oksigen yang berakibat kematian jaringan otak.

Berdasarkan definisi Stroke iskemik diatas dapat disimpulkan bahwa stroke iskemik merupakan sebuah kondisi gangguan fungsi otak yang disebabkan oleh penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang disebabkan karena adanya thrombus dan emboli yang pada umumnya terjadi serangan secara mendadak pada saat atau setelah bangun tidur yang dapat mengakibatkan kematian karena penyumbatan pembuluh.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Menurut Maria (2021), berdasarkan kronologis gejala klinisnya, Stroke iskemik dapat dibagi menjadi empat jenis yaitu:

- 1) Transient ischemic attack (TIA) adalah gangguan fungsi otak yang bersifat lokal, timbul secara mendadak, dan akan pulih dalam 24 jam
- 2) Reversible neurological deficit (gangguan neurologis sementara) adalah gangguan fungsi otak yang terjadi lebih dari 24 jam dan akan menghilang dalam waktu 3 minggu
- 3) Stroke in evolution (stroke progresif) adalah gangguan fungsi otak berlangsung perlahan semakin lama semakin berat
- 4) Completed stroke (stroke lengkap) adalah gangguan fungsi otak maksimal dan cenderung menetap sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan.

Sedangkan berdasarkan keadaan patologis stroke Iskemik dapat diklasifikasikan menjadi

- 1) Stroke trombosis adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu
- 2) Stroke emboli adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak
- 3) Hipoperfusi sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri
- 4) Stroke akibat penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar

2.1.3 Etiologi

Menurut Que (2023), penyebab Stroke iskemik terdiri dari:

1) Thrombosis

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat mengakibatkan iskemia

serebral. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak:

a) Arteriosklerosis (timbunan kolesterol di dinding arteri)

Arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) Hyperkoagulasi (pengentalan darah)

Darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas/hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.

c) Arteritis (radang pada arteri)

Arteritis adalah kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri-arteri terbesar pada tubuh dan cabang-cabang utamanya (aorta) yang menghantarkan darah kaya oksigen dari jantung keseluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan menyempitnya atau pelebaran abnormal dari arteri-arteri tersebut, menyebabkan hilangnya nadi di lengan, tungkai, dan daerah-daerah lainnya.

2) Emboli

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

a) Penyakit jantung reumatik.

- b) Infark miokardium.
- c) Fibrilasi dan keadaan aritmia : dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri.
- d) Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endokardium.

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut Que (2023), ada beberapa faktor resiko terjadinya stroke yaitu :

1) Tekanan darah tinggi atau hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko yang sering terjadinya stroke. Hipertensi dapat menyebabkan gumpalan darah terbentuk di arteri menuju ke otak, sehingga menghalangi aliran darah yang dapat menjadi penyebab terjadinya stroke. Klien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, arterosklerosis atau arteri dapat pecah atau ruftur.

2) Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik. Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko stroke diantaranya penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung seperti pada fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan penurunan kardiak output, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral.

3) Diabetes Melitus

Pada penyakit DM terjadi gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena hiperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatan dalam aliran darah ke otak.

4) Hiperkolesterol dan lemak

Kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Disamping itu hiperkolesterol dapat menimbulkan penyakit jantung koroner. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada klien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg %. Setiap kenaikan 38,7 mg % akan menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL 1 mmol (38,7mg %) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigiserid menaikkan jumlah terjadinya stroke. Pemberian obat-obat anti kolesterol jenis statin sangat menurunkan terjadinya stroke.

5) Obesitas dan kurang aktivitas

Obesitas dan kurang aktivitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolesterol, hipertensi dan penyakit jantung.

6) Usia

Makin bertambah usia resiko stroke makin tinggi, hal ini berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.

7) Ras dan keturunan

Stroke lebih sering ditemukan pada kulit putih.

8) Jenis Kelamin

Laki-laki mempunyai kecenderungan lebih tinggi.

9) Polisitemia

Kadar Hb yang tinggi (Hb lebih dari 16 mg/dl) menimbulkan darah menjadi lebih kental dengan demikian aliran darah ke otak lebih lambat.

10) Perokok

Rokok menimbulkan plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga terjadi aterosklerosis.

11) Alkohol

Pada alkoholik dapat mengalami hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia

12) Kontrasepsi oral dan terapi estrogen

Estrogen diyakini menyebabkan peningkatan pembekuan darah sehingga beresiko terjadinya stroke.

13) Riwayat transient ischemic attack (TIA)

TIA atau disebut juga mini stroke merupakan gangguan aliran darah otak sesaat yang bersifat reversible. Klien TIA merupakan tanda-tanda awal terjadinya stroke dan dapat berkembang menjadi stroke komplik sekitar 10-50%.

14) Penyempitan pembuluh darah karotis

Pembuluh darah karotis berasal dari pembuluh darah jantung yang menuju ke otak dan dapat diraba pada leher. Penyempitan pembuluh darah kadang tidak ada gejala dan hanya diketahui dengan pemeriksaan penyempitan $> 50\%$ ditemukan pada 7% klien laki-laki dan 5% pada perempuan pada umur diatas 65 tahun. Pemberian obat-obat aspirin dapat mengurangi insiden terjadinya stroke, namun pada beberapa klien dianjurkan dikerjakan carotid endarterectomi.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Stroke iskemik dapat menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi pembuluh darah mana yang tersumbat ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral sekunder atau aksesori. Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pada Stroke iskemik sendiri gejala klinisnya biasanya lebih tenang, jarang terdapat tekanan intra kranial, kecuali jika terjadi okulasi di arteri besar terjadi hipoksia yang cukup berat sehingga menyebabkan edema dan adanya edema akan meningkatkan tekanan intra kranial sehingga klien juga dapat mengalami sakit kepala dan penurunan kesadaran.

Menurut Kusyani (2022), manifestasi klinis stroke iskemik meliputi:

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Klien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga Klien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan barang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri.

Afasia dibagi menjadi 3 (tiga) yaitu:

- a) Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini klien dapat memahami lawan bicara tetapi klien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

- b) Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik klien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi klien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan klien tidak nyambung atau koheren.
- c) Afasia global klien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5) Disartria (bicara cadel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian klien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6) Gangguan penglihatan, diplopia

Klien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

7) Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

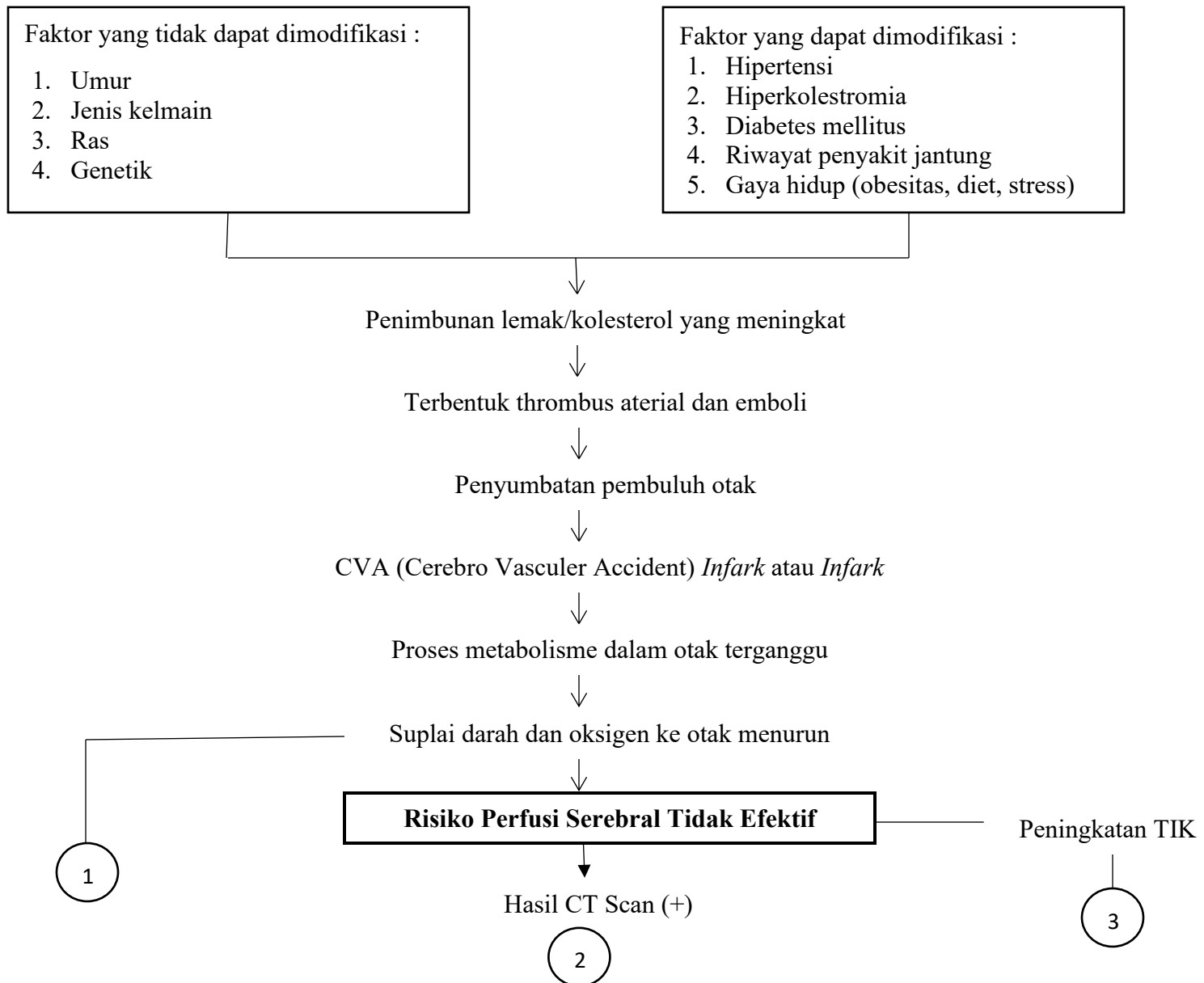
8) Inkontinensia

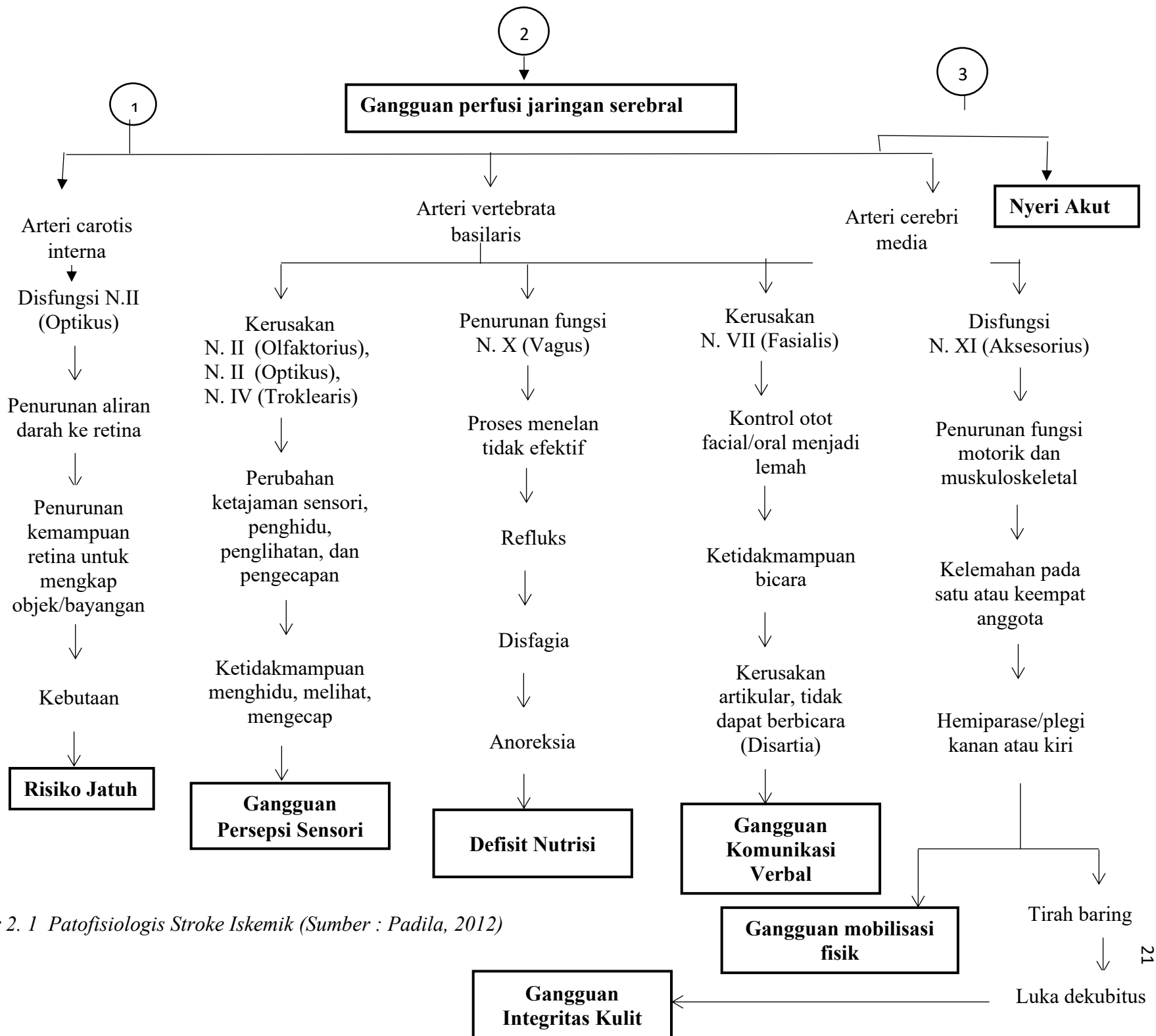
Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

9) Vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

2.1.6 Patofisiologi

1) Skema





Gambar 2. 1 Patofisiologis Stroke Iskemik (Sumber : Padila, 2012)

Uraian :

Stroke diakibatkan oleh beberapa faktor yaitu faktor yang dapat diubah dan tidak dapat diubah salah satu faktor yang tidak dapat diubah seperti umur, ras, jenis kelamin, genetik sedangkan faktor yang dapat diubah yaitu hipertensi, hiperkolestomia, diabetes mellitus, riwayat penyakit jantung, gaya hidup (obesitas, diet, stress) yang menimbulkan adanya penimbunan lemak/kolesterol yang meningkatkan dalam aliran darah sehingga terbentuknya thrombus arterial dan emboli sehingga terjadi penyumbatan pembuluh darah dalam otak yang artinya suplai darah dan oksigen yang menuju otak mengalami penurunan sehingga terjadi iskemik jaringan pada otak. Adanya sumbatan tersebut menyebabkan metabolisme dalam otak terganggu sehingga suplai darah dan oksigen ke otak menurun, akan memunculkan diagnosa keperawatan **resiko perfusi serebral tidak efektif**. Pada masalah keperawatan jika dari hasil CT scan positif infark maka akan munculah masalah keperawatan **Gangguan perfusi jaringan serebral**. Perfusi serebral tidak efektif juga dapat terjadi akibat munculnya trombus yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah terhambat dan eristrosit menggumpal, endotel menjadi rusak mengakibatkan cairan plasma hilang kemudian akan menimbulkan edema cerebral dan terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial dapat memunculkan masalah keperawatan **nyeri akut**. Peningkatan tekanan

intrakranial mempengaruhi arteri cerebri media yang menyebabkan tidak normalnya nervus ke sebelas (Aksesorius) yang dapat mengakibatkan penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal serta menimbulkan kelemahan pada satu atau keempat anggota gerak sehingga terjadi hemiparase atau hemiplegi kanan atau kiri, keadaan ini dapat memunculkan masalah keperawatan **gangguan mobilitas fisik**. Pada klien dengan gangguan mobilitas fisik yang tirah baring lama akan menimbulkan luka dekubitus dan dapat memunculkan masalah keperawatan **gangguan integritas kulit**. Akibat dari tekanan intrakranial pada arteri cerebri media juga dapat menimbulkan kerusakan pada nervus ke tujuh (Fasialis) serta nervus ke sembilan (Glosofaringeus) yang dapat menyebabkan kontrol otot fasial atau oral lemah sehingga penderita mengalami ketidakmampuan bicara dan dapat menimbulkan kerusakan artikular, tidak dapat berbicara atau disatria, keadaan ini dapat memunculkan masalah keperawatan yaitu **gangguan komunikasi verbal**. Akibat dari peningkatan intrakranial pada arteri cerebri media juga dapat menyebabkan penurunan fungsi pada nervus ke sepuluh (Vagus) dan nervus ke sembilan (Glosofaringeus) yang akan menyebabkan proses menelan tidak efektif sehingga menimbulkan refluks dan timbulnya disfagia, yang menyebabkan anoreksia sehingga memunculkan masalah keperawatan **defisit nutrisi**. Pengaruh dari peningkatan intrakranial pada arteri vertebra basilaris menimbulkan kerusakan pada nervus pertama (Olfaktorius), nervus kedua (Optikus), nervus keempat (Troklearis), serta

pada nervus kedua belas (Hipoglosus) yang akan menyebabkan perubahan ketajaman sensori, penghidu, penglihatan dan pengecapan sehingga memunculkan masalah keperawatan **gangguan persepsi sensori**. Gangguan persepsi sensori juga dapat terjadi akibat dari peningkatan intrakranial yang mempengaruhi arteri carotis interna yang menyebabkan tidak berfungsinya nervus kedua (Optikus) yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke retina menurun dan kemampuan retina untuk menangkap obyek atau bayangan juga menurun sehingga menimbulkan kebutaan. Keadaan ini juga dapat memunculkan masalah keperawatan **resiko jatuh** (Padila, 2012).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyanti (2022), yaitu:

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Karena perdarahan pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Hipoksia jaringan otak akan terjadi karena tidak adekuatnya aliran darah. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema Serebri

Jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik terjadilah edema dimana tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi

tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

Bertambahnya masa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran peningkatan tekanan kranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi pada serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Klien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

1) Komplikasi pada masa pemulihan atau akut lanjut

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis vena dalam, atropi, inkontinensia.
- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang tidak adekuat.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang pada klien stroke menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyani (2022), yaitu:

1) Radiologi

- a) *Computerized Tomografi (CTScan)*: pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur, dan sistem ventrikuler otak.
- b) *Magnetik Resonance Imaging (MRI)*: pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformai arteriovena.
- c) *Elektro Encephalografi (EEG)*: pemeriksaan yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik
- d) *Angiografi Serebral*: pemeriksaan yang digunakan untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur
- e) *Sinar X Tengkorak*: pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada trombosis serebral.
- f) *Pungsi Lumbar*: pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan adanya tekanan normal. Jika tekanan meningkat

dan cairan mengandung darah menunjukkan perdarahan subarachnoid atau perdarahan intrakranial.

g) *Elektro Kardiogram*: Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab.

2) Laboratorium

- a) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED
- b) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- c) Kolesterol, lipid
- d) Asam urat
- e) Elektrolit
- f) Masa pembekuan dan masa perdarahan

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan stroke menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyanti (2022), antara lain :

1) Penatalaksanaan Umum

a) Pada fase akut

- (1) Terapi cairan, pada fase akut stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.

- (2) Terapi oksigen, Klien stroke non hemoragik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah oksimetri.
- (3) Penatalaksanaan peningkatan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- (4) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah
- (5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- (6) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- (7) Kontrol kejang jika ada dengan anti konvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (8) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (9) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan anti koagulan.

(10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.

b) Fase rehabilitasi

- (1) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- (2) Program manajemen bladder dan bowel
- (3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- (4) Pertahankan integritas kulit
- (5) Pertahankan komunikasi yang efektif
- (6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- (7) Persiapan klien pulang

2) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 untuk dikompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-perionetal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.

3) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke

a) Stroke non hemoragik

- (1) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (*recombinan tissueplasminogen*)

(2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfabet, kaptopril antagonis kalsium pada klien dengan hipertensi.

b) Stroke hemoragik

(1) Anti hipertensi: katopil, antagonis kalsium

(2) Diuretik: manitol 20 % , furosmide

(3) Antikonfalsan: fenitoin

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari klien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2017).

1) Identitas klien

Pada identitas klien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua, setelah berusia 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur), jenis kelamin (Pria lebih beresiko terkena stroke dari pada wanita, resiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga

kemungkinan meninggal lebih besar) pendidikan , alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnose medis (Kusyani, 2022).

2) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Kusyani, 2022)

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke iskemik biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

4) Riwayat kesehatan lalu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

5) Riwayat Kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

6) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola istirahat tidur

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

b) Pola eliminasi

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

c) Pola makan dan minum

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

d) Kebersihan diri atau personal hygiene

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

e) Pola kegiatan atau aktivitas lain

Pada klien dengan stroke adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) (Kusyani, 2022).

7) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien serta keluarga. (Harsono, 2003 dalam Tarwoto, 2013).

a) Konsep diri

(1) Gambaran diri/citra diri

Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan (Griselda, 2023).

(2) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya.

(3) Harga diri

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

(4) Peran

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

(5) Identitas diri

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

b) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

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

c) Pola seksual

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

d) Pola mekanisme koping

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

e) Pola kognitif dan persepsi sensori

Terdapat gangguan penglihatan atau kekaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada

pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Kusyani, 2022)

8) Data spiritual

Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama Klien. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya.

9) Pemeriksaan fisik

a) Kesan umum/keadaan umum

Tingkat kesadaran klien merupakan indikator pertama status neurologis klien. Biasanya pada klien stroke mengalami tingkat kesadaran pada klien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), klien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stoke. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15 (Sulistiawaty, 2020).

Tabel 2. 1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif

Kesadaran	Tanda-tanda
Composmentis	Orientasi penuh dapat menjawab pertanyaan dengan benar
Apatis	Keadaan klien segan untuk berhubungan

	keadaan sekitar, sikap acuh tak acuh
Delirium	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor. Klien nampak gaduh gelisah, meronta-ronta
Samnolen	Keadaan klien yang selalu mau tidur, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri namun jatuh tidur kembali
Sopor	Keadaan klien mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri
Koma	Keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dengan rangsangan apaun tidak akan timbul.

Sumber : (Tarwoto, 2013)

Tabel 2. 2 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kuantitatif

Kriteria	Tingkatan	Skor
Membuka mata/eye evening (E)		
Membuka sebelum diberi stimulus	Spontan	4
Membuka sebelum diberi perintah suara	Terhadap suara	3
Membuka sebelum diberi stimulus pada ujung jari	Terhadap rangsangan nyeri	2
Tidak membuka sama sekali	Tidak ada respon	1
Respon verbal/verbal respon (V)		
Menyebut nama, tempat, dan tanggal	Orientasi baik	5
orientasi tidak baik tetapi komunikasi jelas	Bingung	4
Kata-kata saja (berbicara tidak jelas)	Suara tidak dimengerti	3
Mengerang tanpa arti	Suara tidak jelas	2
Tidak ada suara yang terdengar	Tidak ada respon	1
Respon motorik/ motor respon (M)		
Mengikuti perintah	Menuruti perintah	6
Menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Mengetahui lokasi nyeri	5
Menghindar atau menarik extremitas menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Reaksi menghindar nyeri	4

Melipat siku, gerakan abnormal dominan	Fleksi abnormal	3
Ekstensi siku lengan	Ekstensi abnormal	2
Tidak ada gerakan lengan/tungkai (tanpa faktor pengahalng)	Tidak ada respon	1

Sumber : (Marwuntu, 2019)

b) Tanda-tanda vital

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

c) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Kepala dan rambut

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Pada rambut biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien stroke iskemik. Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh yaitu nervus fasialis. (Sulistiawaty, 2020).

(2) Mata

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 (Sulistiawaty, 2020).

(3) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I) (Griselda, 2023)

(4) Telinga

Kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak, terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak (Kusyani, 2022).

(5) Mulut

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 (Arnasya, 2023).

(6) Leher

Biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi (Kusyani, 2022).

(7) Pemeriksaan payudara dan ketiak

Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada klien stroke (Griselda, 2023).

d) Pemeriksaan dada

(1) Pemeriksaan sistem pernafasan

- (a) Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest(bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung),frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan
 - (b) Palpasi : Untuk menilai tactile fremitus
 - (c) Perkusi : Untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.
 - (d) Auskultasi : pada klien dengan tingkat kesadaran Compositis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapt bunyi nafas tambahan (Kusyani, 2022).
- (2) Pemeriksaan jantung
- (a) Inspeksi : Ictus kordis tidak Nampak
 - (b) Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra
 - (c) Perkusi : Suara jantung pekak
 - (d) Auskultasi : Irama jantung reguler, terdengar suara jantung 1 dan 11, murmur atau gallop (Griselda, 2023).
- e) Pemeriksaan abdomen

- (1) Inspeksi : ada pernafasan perut (pernafasan diafragma)
 - (2) Auskultasi : terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit).
 - (3) Palpasi : tidak teraba massa, tidak nyeri tekan
 - (4) Perkusi : suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung (Griselda, 2023).
- f) Pemeriksaan genetalia
- Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri, serta apakah dipasang alat dower cateter (DC) (Kusyani, 2022).
- g) Pemeriksaan ekstremitas
- Biasanya didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Kusyani, 2022).
- h) Pemeriksaan integuman dan kuku
- Jika klien kekurangan O₂ 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 klien stroke harus bed rest (Kusyani, 2022).
- i) Pemeriksaan neurologi
- (1) Syaraf otak (nervus cranialis)
- Ada 12 saraf kranial yang dapat diidentifikasi dengan angka romawi. Fungsi dari masing-masing saraf kranial dapat

sebagai sensorik, motorik atau keduanya dan dapat juga sebagai sensorik, motorik atau keduanya dapat juga sebagai otonom.

- (a) 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 anantara kiri dan kanan berbeda.
- (b) Nervus II Optikus : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien hemiplegia kiri. Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6 dan gangguan lapang pandang.
- (c) Nervus III Okulomotoris : diameter pupil 2mm/2mm, klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah.
- (d) Nervus IV Trochlearis : klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke atas.
- (e) Nervus V Trigeminus : klien mampu menggerakkan otot rahang.
- (f) Nervus VI Abdusen : klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata memutar.
- (g) Nervus VII Fasalis : klien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum.

(h) Nervus VIII Vestibulococlearis : Dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).

(i) Nervus IX Glosofaringeus : klien tidak dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan

(j) Nervus X Vagus : kemampuan klien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan.

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

(l) Nervus XII Hipoglosu : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat berbicara (Griselda, 2023).

(2) 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 (Kusyani, 2022).

(3) Pemeriksaan reflek

Refleks fisiologis, seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles dan reflek patologis, seperti refleksi plantar (Babinski) dan chaddock mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleksi fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleksi

fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Kusyani, 2022).

j) Pemeriksaan penunjang

- (1) Elektrokardiografi
- (2) Laboratorium (kimia darah, fungsi ginjal, hematologi, hemostasis, gula darah, urinalisis, analisis gas darah, dan elektrolit)
- (3) Foto toraks, untuk melihat adanya gambaran kardiomegali sebagai penanda adanya hipertensi untuk faktor risiko stroke
- (4) CT scan/MRI (lihat Gambar 1): gambaran hipodens/hipointens didapatkan pada stroke iskemik dan hiperdens/hiperintens pada stroke hemoragik pada T1W1
- (5) *Transcranial doppler* (TCD) dan doppler karotis. antara lain untuk melihat adanya penyumbatan dan patensi dinding pembuluh darah sebagai risiko stroke
- (6) Analisis cairan serebrospinal jika diperlukan (Chiris, 2014).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Menurut Padila (2012), adapun diagnosa Stroke Iskemik yang mungkin muncul pada klien stroke iskemik berdasarkan subkategori (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

1) Subkategori : Sirkulasi

Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017).

a) Definisi : berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

b) Faktor risiko :

- (1) boplastin parsial
- (2) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- (3) Aterosklerosis aorta
- (4) Diseksi arteri
- (5) Fibrilasi atrium
- (6) Tumor otak
- (7) Stenosis karotis
- (8) Miksoma atrium
- (9) Aneurisma serebri
- (10) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulopati intravaskuler diseminata
- (13) Embolisme
- (14) Cedera kepala
- (15) Hiperkolesteronemia

- (16) Hipertensi
 - (17) Endocarditis infektif
 - (18) Katup prostetik mekanis
 - (19) Stenosis mitral
 - (20) Neoplasma otak
 - (21) Infark miokard akut
 - (22) Sindrom sick sinus
 - (23) Penyalahgunaan zat
 - (24) Terapi trombolitik
 - (25) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)
- c) Kondisi klinis terkait
- (1) Stroke
 - (2) Cedera kepala
 - (3) Aterosklerotik aortik
 - (4) Infark miokard akut
 - (5) Diseksi arteri
 - (6) Embolisme
 - (7) Endokarditis infektif
 - (8) Fibrilasi atrium
 - (9) Hiperkolesteronemia
 - (10) Hipertensi
 - (11) Dilatasi kardiomiopati
 - (12) Koagulasi intravaskuler diseminata

- (13) Miksoma atrium
- (14) Neoplasma otak
- (15) Segmen ventrikel kiri akinetik
- (16) Sindrom sick sinus
- (17) Steosis karotid
- (18) Stenosis mitral
- (19) Hidrosefalus
- (20) Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri)

2) Gangguan perfusi jaringan serebral menurut Tarwoto (2013)

dalam Kusyanti (2022), sebagai berikut:

Data pendukung

- a) Penurunan kesadaran
- b) Nilai GCS
- c) Perubahan tanda vital
- d) Perubahan sensorik dan motoric
- e) Penurunan fungsi memori
- f) Nyeri kepala
- g) Hipertensi
- h) Muntah
- i) Kejang
- j) Perubahan pupil
- k) Perubahan pola nafas
- l) Nilai AGD

m) Hasil CT Scan, MRI adanya edema serebri, perdarahan, herniasi

n) Penggunaan terapi deuretik, sedatif

3) Subkategori : Nutrisi dan Cairan

Defisit Nutrisi (D.0019)

a) Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b) Penyebab

(1) Ketidakmampuan menelan makanan

(2) Ketidakmampuan mencerna makanan

(3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

(4) Peningkatan kebutuhan metabolisme

(5) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)

(6) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Defisit Nutrisi

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.
Minor	1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri Abdomen 3. Nafsu makan menurun	1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat

		5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare
--	--	--

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke
- (2) Parkinson
- (3) Mobius syndrome
- (4) Cerebral palsy
- (5) Cleft lip
- (6) Cleft palate
- (7) Amyotropic lateral sclerosis
- (8) Kerusakan neuromuscular
- (9) Luka bakar
- (10) Kanker
- (11) Infeksi
- (12) AIDS
- (13) Penyakit Crohn's
- (14) Enterokolitis
- (15) Fibrosis kistik

4) Subkategori : Aktivitas dan Istirahat

Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

- a) Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri
- b) Penyebab
 - (1) Kerusakan integritas struktur tulang
 - (2) Perubahan metabolisme
 - (3) Ketidakbugaran fisik
 - (4) Penurunan kendali otot
 - (5) Penurunan massa otot
 - (6) Penurunan kekuatan otot
 - (7) Keterlambatan perkembangan
 - (8) Kekakuan sendi
 - (9) Kontraktur
 - (10) Malnutrisi
 - (11) Gangguan muskuloskeletal
 - (12) Gangguan neuromuskuler
 - (13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
 - (14) Efek agen farmakologis
 - (15) Program pembatasan gerak
 - (16) Nyeri
 - (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - (18) Kecemasan

(19) Gangguan kognitif

(20) Keengganan melakukan pergerakan

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Tampak kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
Minor	1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak.	1. Tampak sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis

(1) Stroke

(2) Cedera medula spinalis

(3) Trauma

(4) Fraktur

(5) Osteoarthritis

(6) Osteomalasia

(7) Keganasan

5) Subkategori : Nyeri dan nyaman

Nyeri Akut (D.0077)

- a) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.
- b) Penyebab
- (1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
 - (2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
 - (3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)
- c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Nyeri Akut

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Minor	(tidak tersedia)	1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu

		5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis
--	--	---

d) Kondisi klinis

- (1) Kondisi pembedahan
- (2) Cedera traumatis
- (3) Infeksi
- (4) Sindrom koroner akut
- (5) Glaukoma

6) Subkategori : Integritas Ego

Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

- a) Definisi : perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.
- b) Penyebab
 - (1) Gangguan pengelihatan
 - (2) Gangguan pendengaran
 - (3) Gangguan penciuman
 - (4) Gangguan perabaan
 - (5) Hipoksia serebral
 - (6) Penyalahgunaan zat
 - (7) Usia lanjut
 - (8) Pemajanan toksin lingkungan

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 6 Batasan Karakteristik Gangguan Persepsi Sensorik

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mendengar bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu
Minor	1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri.

S

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Glaukoma

(2) Katarak

(3) Gangguan refraksi (myopia, hiperopia, astigmatisma, presbiopia)

(4) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/ tumor otak)

- (5) Infeksi okuler
- (6) Presbiakusis
- (7) Malfungsi alat bantu dengar
- (8) Delirium
- (9) Demensia
- (10) Gangguan amnestik
- (11) Penyakit terminal
- (12) Gangguan psikotik

7) Subkategori : interaksi sosial

Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

- a) Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.
- b) Penyebab :
 - (1) Penurunan sirkulasi serebral
 - (2) Gangguan neuromuskuler
 - (3) Gangguan pendengaran
 - (4) Gangguan muskuloskeletal
 - (5) Kelainan palatum
 - (6) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
 - (7) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)

- (8) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).
- (9) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)
- c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 7 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	(tidak tersedia)	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 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
--	--	---

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait :

- (1) Stroke
- (2) Cedera kepala
- (3) Trauma wajah
- (4) Peningkatan tekanan intrakranial
- (5) Hipoksia kronis
- (6) Tumor
- (7) Miastenia gravis
- (8) Sklerosis multipel
- (9) Distropi muskuler
- (10) Penyakit Alzheimer
- (11) Kuadriplegia
- (12) Labiopalatoskizis
- (13) Infeksi laring
- (14) Fraktur rahang
- (15) Skizofrenia
- (16) Delus

(17) Parnoid

(18) Autisme

8) Subkategori : Keamanan dan proteksi

Gangguan integritas kulit (D.0129)

a) Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen).

b) Penyebab :

(1) Perubahan sirkulasi

(2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)

(3) Kekurangan/kelebihan volume cairan

(4) Penurunan mobilitas

(5) Bahan kimia iritatif

(6) Suhu lingkungan yang ekstrim

(7) Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)

(8) Efek samping terapi radiasi

(9) Kelembaban

(10) Proses penuaan

(11) Neuropati perifer

(12) Perubahan pigmentasi

(13) Perubahan hormonal

- (14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/
melindungi integritas jaringan

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 8 Batasan Karakteristik Gangguan Integritas Kulit

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(Tidak tersedia)	1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
Minor	(tidak tersedia)	1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma

d) Kondisi klinis

- (1) Dispesifikan menjadi kulit atau jaringan
- (2) Kulit hanya terbatas pada dermis dan epidermis, sedangkan jaringan meliputi tidak hanya kulit tetapi juga mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan atau ligamen

9) Subkategori : keamanan dan proteksi

Risiko jatuh (D.0143)

- a) Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.
- b) Faktor risiko :
- (1) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)
- (2) Riwayat jatuh
- (3) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)

- (4) Penggunaan alat bantu berjalan
- (5) Penurunan tingkat kesadaran
- (6) Perubahan fungsi kognitif
- (7) Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing)
- (8) Kondisi pasca operasi
- (9) Hipotensi ortostatik
- (10) Perubahan kadar glukosa darah
- (11) Anemi
- (12) Kekuatan otot menurun
- (13) Gangguan pendengaran
- (14) Gangguan keseimbangan
- (15) Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
- (16) Neuropati
- (17) Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan

klien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan klien secara spesifik (Kusyani, 2022).

Sehingga dari diagnosa diatas maka didapatkan intervensi dan tujuan berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2022) sebagai beriku :

1) Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017)

Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat adekuat/ meningkat. Kriteria hasil : a) Tingkat kesadaran meningkat b) Kognitif meningkat c) Tekanan intra kranial menurun d) Sakit kepala menurun e) Gelisah menurun f) Kecemasan menurun g) Agitasi menurun h) Demam menurun i) Nilai rata-rata	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) c) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) d) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu e) Monitor PAWP, jika perlu f) Monitor PAP, jika perlu g) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia	Observasi a) Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan b) Autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan c) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi d) Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak Terapeutik a) Istirahat yang cukup dan

	tekanan darah membaik j) Kesadaran membaik k) Tekanan darah sistolik membaik l) Tekanan darah diastolik membaik m) 13) Reflek saraf membaik	h) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) i) Monitor gelombang ICP j) Monitor status pernapasan k) Monitor intake dan output cairan l) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang b) Berikan posisi semi Fowler c) Hindari manuver Valsava d) Cegah terjadinya kejang e) Hindari penggunaan PEEP f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik g) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal h) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali b) Untuk memberikan kenyamanan klien c) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral d) Klien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut. Kolaborasi a) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intra kranial (TIK)
--	--	---	--

2) Gangguan perfusi jaringan serebral

Tabel 2. 10 Intervensi Keperawatan Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan perfusi jaringan serebral	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat adekuat/ meningkat. Kriteria hasil : n) Tingkat kesadaran meningkat o) Kognitif meningkat p) Tekanan intra kranial menurun q) Sakit kepala menurun r) Gelisah menurun s) Kecemasan menurun t) Agitasi menurun u) Demam menurun v) Nilai rata-rata tekanan darah membaik w) Kesadaran membik x) Tekanan darah	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) c) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) d) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu e) Monitor PAWP, jika perlu f) Monitor PAP, jika perlu g) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia h) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) i) Monitor gelombang ICP	Observasi a) Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan b) Autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan c) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi d) Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak Terapeutik e) Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali f) Untuk memberikan kenyamanan klien

	sistolik membaik y) Tekanan darah diastolik membaik z) 13) Reflek saraf membaik	j) Monitor status pernapasan k) Monitor intake dan output cairan l) Monitor cairan serebrospinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik m) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang n) Berikan posisi semi Fowler o) Hindari manuver Valsava p) Cegah terjadinya kejang q) Hindari penggunaan PEEP r) Hindari pemberian cairan IV hipotonik s) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal t) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi u) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu v) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu w) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	g) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral h) Klien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut. Kolaborasi i) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intra kranial (TIK)
--	--	--	---

3) Defisit nutrisi (D.0019)

Tabel 2. 11 Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Defisit nutrisi (D.0019)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi (L.03030) adekuat/membaik. Kriteria hasil: a) Porsi makan yang dihabiskan meningkat b) Kekuatan otot mengunyah meningkat c) Kekuatan otot menelan meningkat d) Nafsu makan membaik e) TTV membaik	Manajemen Nutrisi (L.03119) Observasi a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f) Monitor asupan makanan g) Monitor berat badan h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik a) Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) c) Sajikan makanan secara	Observasi a) Membantu mengetahui nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b) Untuk mengetahui hasil lab seperti glukosa, albumin, haemoglobin, elektrolit Terapeutik a) Makanan yang secara menarik dapat meningkatkan nafsu makan klien b) Makanan yang tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi c) Membantu menambah nafsu makan klien Edukasi a) Membantu klien pada saat makan Kolaborasi a) Diet sesuai

		menarik dan suhu yang sesuai d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f) Berikan suplemen makanan, jika perlu g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu b) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	dengankebutuhan nutrisi klien
--	--	---	-------------------------------

4) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Tabel 2. 12 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L.05042) dapat meningkat. Kriteria hasil : a) Pergerakan ekstremitas meningkat b) Kekuatan otot meningkat c) Rentang gerak (ROM) meningkat d) Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (L.05173) Observasi a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) b) Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu c) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi a) Jelaskan tujuan dan prosedur	Observasi a) Amati apakah ada trauma pada klien b) Untuk mencegah terjadinya luka ketika baring ditempat tidur dengan waktu yang lama Terapeutik a) Daerah yang tertekan lama dapat mengakibatkan trauma b) Untuk mengetahui tingkat kekuatan otot yang mengalami kelemahan Edukasi a) Terapi pada klien yang mengalami kelemahan ekstremitas b) Keluarga juga berpengaruh untuk kesembuhan klien yang mengalami kelemahan fisik

		mobilisasi b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Kolaborasi a) Membantu untuk memulihkan kekuatan otot klien
--	--	---	--

5) Nyeri akut (D.0077)

Tabel 2. 13 Intervensi Keperawatan Nyeri akut

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Nyeri akut (D.0077)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066). Kriteria hasil: a) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat b) Keluhan nyeri menurun c) Meringis menurun d) Sikap protektif menurun e) Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi a) Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b) Identifikasi skala nyeri c) Identifikasi respon nyeri non verbal d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	Observasi a) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri b) Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan klien c) Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau nonverbal d) Untuk mengetahui efek samping analgesik yang mungkin dirasakan klien Terapeutik a) Agar klien mau dan mampu

	f) Kesulitan tidur menurun g) Menarik diri menurun h) Berfokus pada diri sendiri menurun i) Diaforesis menurun j) Perasaan depresi (tertekan) menurun k) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun l) Pupil dilatasi menurun m) Muntah menurun n) Mual menurun o) Frekuensi nadi membaik p) Pola nafas membaik q) Tekanan darah membaik r) Pola tidur membaik	g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c) Fasilitasi istirahat dan tidur d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b) Jelaskan strategi meredakan nyeri	- memotivasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan b) Untuk mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri c) Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat Edukasi a) Agar klien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga klien dapat mengantisipasi rasa nyeri b) Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat Edukasi a) Agar klien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga klien dapat mengantisipasi dan mengambil keputusan terkait nyeri yang dirasakan b) Agar klien dapat melakukan strategi meredakan nyeri sehingga nyeri yang dirasakan dapat dikurangi c) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dengan
--	--	--	--

		c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat e) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	pemberian aagesik yang tepat sehingga tidak terjadi resistensi terhadap obat d) Agar klien dapat mengetahui teknik nonfarmakologis untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri
--	--	---	---

6) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Tabel 2. 14 Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan persepsi sensori (D.0085)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan persepsi sensori (L.09083) dapat membaik. Kriteria hasil : a) Verbalisasi mendengar bisikan menurun b) Verbalisasi melihat bayangan menurun c) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan	Meminimalisir Rangsangan (I.08241) Observasi a) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik a. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) b. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas)	Obeservasi a) memeriksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik a) Mediskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) b) Membatasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas)

	d) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman e) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan f) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecap g) Distorsi sensori menurun h) Perilaku halusinasi menurun i) Menarik diri menurun j) Melamun menurun k) Curiga menurun l) Mondar-mandir menurun m) Respons sesuai stimulus membaik n) Konsentrasi membaik o) 15) Orientasi membaik	c. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat b) Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi a) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan b) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	c) Menjadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat Edukasi a) Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan b) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
--	--	---	--

7) Gangguan komunikasi verbal (D.0119).

Tabel 2. 15 Intervensi Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal (L.13118) dapat meningkat. Kriteria hasil : - Aktivitas fisik yang direkomendasikan meningkat - Aktivitas yang tepat meningkat - Strategi untuk menyeimbangkan aktivitas dan istirahat meningkat - Teknik konservasi energi meningkat - Teknik pernafasan yang efektif meningkat - Pembatasan energi meningkat - Mekanika tubuh yang tepat	Promosi komunikasi: defisit bicara (13492) Observasi - Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara - Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) - Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara - Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik - Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) - Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis.	Observasi - Untuk mengetahui masalah bicara yang dialami klien Terapeutik - Dukungan dari keluarga membantu untuk pemulihan klien - Komunikasi yang alternatif dapat membantu klien untuk bisa berkomunikasi dengan sekitarnya Edukasi - Bicara yang pelan dapat mudah dipahami oleh klien Kolaborasi - Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

	meningkat h) Teknik menyederhanakan pekerjaan meningkat i) Penggunaan alat bantu yang benar meningkat j) Pembatasan aktivitas menurun k) Faktor-faktor yang meningkatkan pengeluaran energi menurun	berdiri didepan klien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan klien) c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan d) Ulangi apa yang disampaikan klien e) Berikan dukungan psikologis f) Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi a) Anjurkan berbicara perlahan b) Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	
--	--	--	--

8) Gangguan integritas kulit (D.0129)

Tabel 2. 16 Intervensi Keperawatan Gangguan integritas kulit

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan integritas kulit (D.0129)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit meningkat (L.14125). Kriteria hasil: a) Elastisitas meningkat b) Hidrasi meningkat c) Perfusi jaringan meningkat d) Kerusakan jaringan menurun e) Kerusakan lapisan kulit menurun f) Nyeri menurun g) Perdarahan menurun h) Kemerahan menurun i) Hematoma menurun j) Pigmentasi abnormal menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik a) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu c) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit	Observasi a) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik a) Mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b) Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu c) Membersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d) Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e) Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive

	k) Jaringan parut menurun l) Nekrosis menurun m) Abrasi kornea menurun n) Suhu kulit membaik o) Sensasi membaik p) Tekstur membaik q) Pertumbuhan rambut membaik	sensitive f) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b) Anjurkan minum air yang cukup c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	f) Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi a) Menganjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b) Menganjurkan minum air yang cukup c) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f) Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g) Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
--	--	--	---

9) Resiko Jatuh (D.0143)

Tabel 2. 17 Intervensi Keperawatan Resiko Jatuh

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Resiko Jatuh (D.0143)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138). Kriteria hasil: a) Jatuh dari tempat tidur menurun b) Jatuh dari berdiri menurun c) Jatuh saat duduk menurun d) Jatuh saat berjalan menurun e) Jatuh saat dipindahkan menurun f) Jatuh saat naik tangga menurun g) Jatuh saat di kamar mandi menurun h) Jatuh saat membungkuk menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi a) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) b) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi c) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) d) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu e) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik a) Orientasikan ruangan pada klien dan keluarga b) Pastikan roda tempat tidur dan	a) Mengetahui tingkat keparahan terjadinya risiko jatuh b) Pemasangan tanda risiko jatuh guna mengidentifikasi klien yang berisiko jatuh c) Menjaga keamanan klien pada saat berada diatas tempat tidur d) Keluarga mampu mengantisipasi dalam pencegahan risiko terjadinya jatuh e) Mengetahui tingkat atau skala faktor risiko jatuh pada klien

		kursi roda selalu dalam kondisi terkunci c) Pasang handrail tempat tidur d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah e) Tempatkan klien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station f) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) g) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan klien Edukasi a) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah b) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin c) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh d) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri e) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Kusyani, 2022).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam suatu proses keperawatan. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Kusyani, 2022).

Hasil yang diharapkan pada evaluasi klien stroke iskemik meliputi:

- 1) Mencapai peningkatan mobilisasi
 - a) Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur dan footdrop
 - b) Berpartisipasi dalam program latihan
 - c) Mencapai keseimbangan saat duduk
 - d) Penggunaan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegia
- 2) Dapat merawat diri dalam bentuk perawatan kebersihan dan menggunakan adaptasi terhadap alat-alat
- 3) Pembuangan isi kandung kemih dapat diatur
- 4) Berpartisipasi dalam program meningkatkan kognisi
- 5) Adanya peningkatan komunikasi

- a) Anggota keluarga memperlihatkan tingkah laku yang positif dan menggunakan mekanisme koping
- b) Tidak terjadi komplikasi
- 6) Tekanan darah dan kecepatan jantung dalam batas normal untuk klien
- 7) Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP,

yaitu :

S : Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O : Data obyektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnose keperawatan

A : Analisis dan diagnose

P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana untuk yang akan datang dari intervensi.