

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Stroke Iskemik

2.1.1 Definisi

Stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan pada saraf (*deficit neurologic*) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena adanya bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah (Tamburion et al., 2020).

Stroke Iskemik merupakan gangguan pada system otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan fungsi neurologis lainnya yang terjadi lebih dari 24 jam (Hariyanto, 2015).

Stroke iskemik adalah kondisi dimana tersumbatnya arteri servikal atau serebral yang mengakibatkan matinya jaringan otak karena aliran darah terganggu di bagian otak. Beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa stroke iskemik merupakan gangguan fungsional otak yang disebabkan karena aliran darah ke otak terganggu sehingga menyebabkan adanya bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah dan terjadi secara tiba tiba (Mutiarasari, 2019)

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Menurut (Arifianto, 2014) secara garis besar stroke dibagi dalam 2 tipe yaitu :

- 1) Stroke Iskemik disebut juga infark atau *non hemorrhagic* disebabkan oleh gumpalan atau penyumbatan dalam arteri yang menuju ke otak

yang sebelumnya sudah mengalami proses aterosklerosis. Stroke Iskemik terdiri dari tiga macam yaitu :

a) Stroke Emboli

Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang terangkut menuju otak

b) Stroke Trombolik

Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak

c) Stroke Hipoperfusi

Yaitu jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

2) Tipe kedua adalah hemorrhagic stroke merupakan kerusakan atau "ledakan" dari pembuluh darah di otak, perdarahan dapat disebabkan lamanya tekanan darah tinggi dan aneurisma otak. Ada dua jenis stroke hemorrhagic:

a) Stroke Subarachnoid

Penyakit cerebrovaskular yang bersifat merusak setelah pecahnya aneurisma intrakranial, mendorong darah masuk kedalam ruang subarakhnoid sehingga menyebabkan gangguan perfusi dan fungsi otak(Astannudinsyah et al., 2020)

b) Stroke Intraserebral.

Stroke yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak (Junaidi, n.d.).

2.1.3 Etiologi

Stroke dapat disebabkan oleh arteri yang tersumbat atau bocor (stroke iskemik) dan dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah ke otak (transient ischemic attack atau TIA) yang tidak menyebabkan kerusakan permanen (Ns. Endro Haksara & Shafira Aliya Putri, 2021).

Penyebab Stroke Iskemik menurut (Muttaqin, 2008) antara lain :

1) Thrombosis Cerebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedemadan 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

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

b) *Hyperkoagulasi*

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. Kaeadaan-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

Ada 2 faktor yang mempengaruhi terjadinya stroke iskemik :
(Mutiarasari, 2019)

1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan Riwayat keluarga. Karena faktor usia yang tua

memiliki resiko kematian, kecacatan dan proses pemulihan yang lama dibandingkan dengan usia muda, sedangkan jenis kelamin sering terjadi pada pria (Utama & Nainggolan, 2022)

- 2) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes melitus, obesitas, alkohol dan *atrial fibrillation*

2.1.5 Manifestasi klinis

Stroke Iskemik dibagi menjadi 2 jenis yaitu : stroke trombotik dan stroke embolik. Penyebab stroke iskemik diantaranya : Hipertensi, Diabetes mellitus, Dalam buku (Maria, 2021) Gejala stroke dapat diingat lebih mudah dengan kata FAST :

- 1) *Face* (wajah), kelumpuhan wajah
- 2) *Arms* (tangan), kesulitan mengangkat tangan
- 3) *Speech* (Perkataan), afasia, bicara tidak jelas/tidak lancar/pelo
- 4) *Time* (waktu), harus segera membawa ke RS.
- 5) Gangguan penglihatan.
- 6) *Ataksia* (truncal/anggota badan)
- 7) Vertigo, mual dan muntah atau nyeri kepala, pingsan, depresi.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa Komplikasi stroke dapat terjadi sebagai akibat langsung dari stroke itu sendiri, imobilisasi atau stroke. Hal ini berdampak signifikan pada

outcome klien stroke, sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan memperpanjang masa tinggal di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia dan depresi merupakan komplikasi yang sangat umum terjadi pada klien stroke (Listari et al., 2023)

Menurut Tarwoto (2013) Komplikasi yang terjadi pada klien stroke iskemik meliputi :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak dan tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak.

b) Edema Serebri

Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstesi akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan sensorik,

motoric, nyeri kepala, gangguan kesadaran peningkatan tekanan intracranial 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.

2) Komplikasi Kronis

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi

b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.

c) Malnutrisi karena *intake* yang adekuat

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

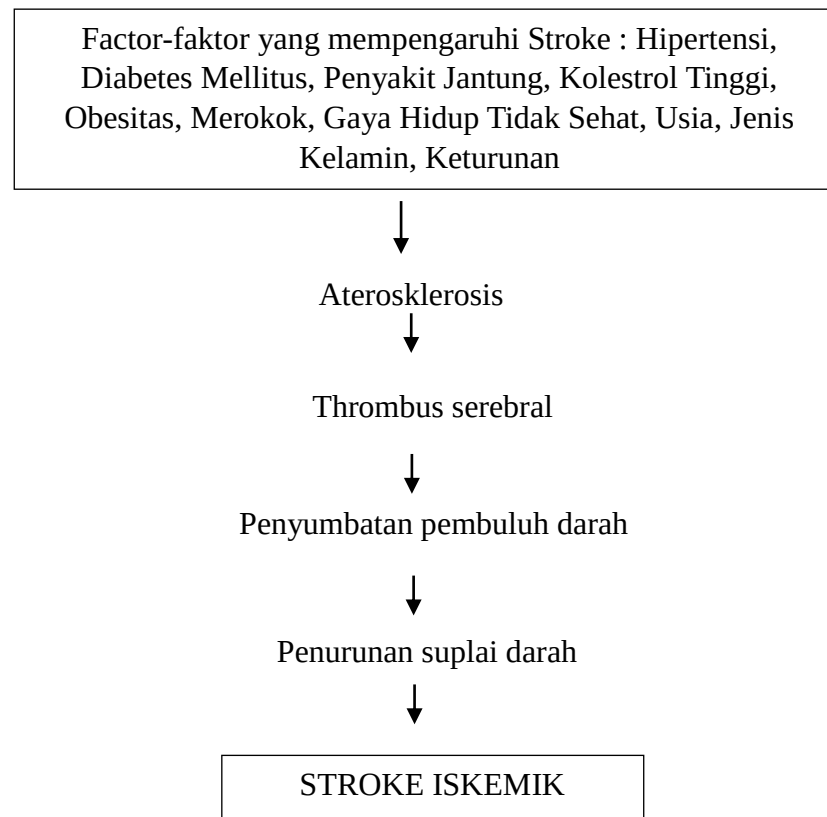
Dalam buku (Hariyanto, 2015) Pemeriksaan Penunjang CVA yaitu meliputi :

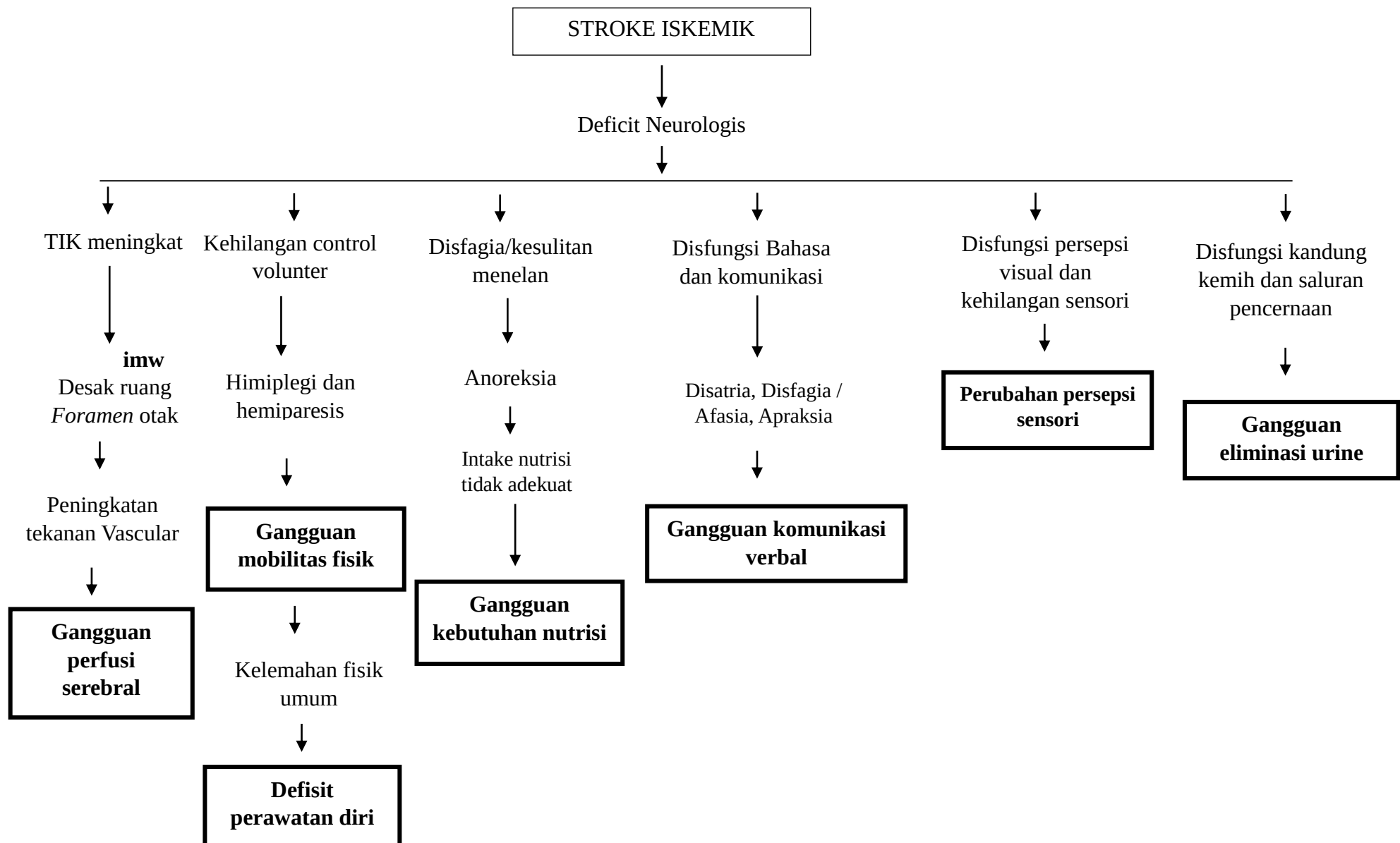
- 1) *MRI (magnetig Resonance Imaging)* : menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik.
- 2) *CT Scan (Computerized Tomografi Scaning)* : mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.
- 3) *EEG (Elektro Encephalografi)* : mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

- 4) *Angiografi Serebral* : mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik *oklusi* atau *repture*.
- 5) *ECG (Elektro Kardiogram)* : mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap : Hb, *Leukosit*, *Trombosit*, *LED*, dan *eritrosit*.
- 7) Pemeriksaan darah sewaktu untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri
- 8) Kolesterol, lipid
- 9) Asam urat, elektrolit.

2.1.8 Patofisiologi

1) Pathway





Gambar 2. 1 Patofisiologi (NANDA, 2016)

2) Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. Faktor terjadinya Stroke Iskemik yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah) hal ini menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul masalah keperawatan **gangguan perfusi serebral**. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan, ataupun kaki menimbulkan masalah keperawatan **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah keperawatan **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah

berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah keperawatan **gangguan komunikasi verbal**. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan masalah keperawatan **gangguan perubahan persepsi sensori**. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **gangguan kebutuhan nutrisi** kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot fonger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

2.1.8 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan keperawatan

Menurut (Tarwoto, 2013) penatalaksanaan stroke di rumah sakit terbagi atas :

a) Penatalaksanaan umum

(1) Pada fase akut (*Golden period* selama 3 jam)

- (a) Terapi oksigen, klien stroke iskemik 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 atau oksimetri.

- (b) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, pengendalian tekanan darah control atau
 - (c) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
 - (d) Monitor jantung pemeriksaan : EKG
 - (e) Evaluasi status cairan dan elektrolit
 - (f) Kontrol kejang atau jika ada dengan pemberian *antikonvulsan*, dan cegah resiko injuri
 - (g) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
 - (h) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan *antikoagulan*
 - (i) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflek
- (2) Fase Rehabilitasi
- (a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
 - (b) Program manajemen *bladder* dan *bowel*

- (c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
 - (d) Pertahankan integritas kulit
 - (e) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - (f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
 - (g) Persiapan klien pulang
- (3) Fase rehabilitasi pasca stroke

(a) Terapi fisik

Terapi fisik, dilakukan untuk mengembalikan fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi, seperti kelumpuhan, kontraktur, atropi dan kehilangan tonus otot. Klien dapat dilakukan latihan atau aktivitas di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi atau dengan melakukan *Range Of Motion*. Terapi fisik dilakukan dengan melihat kondisi dan tingkat stabilisasi klien.

(b) Okupulasi terapi

Klien dengan stroke dapat mengalami gejala sisa seperti kelumpuhan yang menetap. Dengan gangguan fungsi tubuh maka terganggu aktivitasnya dan dapat kehilangan pekerjaan. Oleh karena itu terapi kerja atau okupasional terapan sangat dibutuhkan untuk menggalakan potensi klien dan melatih sesuai dengan kondisi klien.

(c) *Speech* terapi

Terapi ini sangat dibutuhkan untuk mengingat bicara dan komunikasi merupakan modal interaksi sosial. Kesulitan dalam berkomunikasi akan menimbulkan isolasi diri dan perasaan frustrasi. Klien dengan stroke dapat mengalami gangguan bicara, baik disatria maupun apasi sehingga latihan bicara sangat perlu dilakukan.

(d) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritonel bila ada hidrocefalus obstruktif akut.

(e) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke :

1. Stroke iskemik

a. Pemberian trombolisis dengan *rt-PA (recombinant tissue-plasminogen)*

b. Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada klien dengan hipertensi.

2. Stroke haemoragik

a. *Antihipertensi* : kaptopril dan antagonis kalsium

b. *Diuretik* : manitol 20% dan furosemide

c. *Antikonvulsan* : fenitoin

2.2 Konsep dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Astuti, 2020)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis., tanda vital, wawancara klien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat klien yang diberikan oleh klien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan klien/keluarga (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan risiko (untuk mencegah atau menunda potensi masalah) (Herdman, 2018).

1) Identitas Klien

Meliputi nama (semakin bertambah tua usia, semakin tinggi resikonya. 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, nomor register, diagnosa medis (Wijaya, 2013)

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 (Tarwoto, 2013)

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan disamping fungsi otak lain (Tarwoto, 2013)

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alcohol (Muttaqin, 2008).

5) Riwayat Kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes melitus (Tarwoto, 2013).

6) Pola-pola fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana Kesehatan

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi (Muttaqin, 2008).

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah (Tarwoto, 2013).

c) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Muttaqin, 2008).

d) Pola aktivitas dan Personal hygiene

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise, mudah lelah. Oleh karena itu, personal hygiene klien kurang (Tarwoto, 2013).

e) Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot / nyeri otot (Tarwoto, 2013).

f) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

g) Pola kognitif dan sensori

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhann menurun pada

muka ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Tarwoto, 2013)

h) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

i) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi dan antagonis histamine.

j) Pola mekanisme coping

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.

k) Pola nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah, karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan / kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008)

7) Riwayat psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola penanganan klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang

melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

8) Riwayat psikososial

a) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien, dan koma merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari *composmentis*, *apatis*, *latergi*, *delirium*, *sumnolen* dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata (1- 4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6) (Tarwoto, 2013).

b) Pola Interaksi dan Komunikasi

Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan *disatria* (pelo. cedal), *disfonia* (serak, bindeng), *afasia* (gangguan berbahasa), *aleksia* (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya (Tarwoto, 2013).

c) Orientasi

Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hari apa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang? (Tarwoto, 2013).

d) Memori

Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulanginya. Tes memori

jangka pendek berupa *verbal* dan *visual*. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien (Tarwoto, 2013).

e) Suasana Hati dan Mood

Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sebaliknya (Tarwoto, 2013).

9) Pemeriksaan fisik

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

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

b) Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).

c) Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).

d) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi klien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

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

f) Mulut dan faring : Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disartria (bicara cadel / pelo), afasia (kesulitan dalam berbicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

g) Dada/thorak

(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 : Untuk mengetahui 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) Pemeriksaan jantung

(a) Perkusi : Untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.

(b) Auskultasi : Mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi "lub", suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi "dub" dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.

h) Abdomen

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

i) Genetalia

Kadang terdapat inkontinensia atau retensio urine

j) Ekstremitas

Pada klien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013)

10) Pemeriksaan Neurologis

a) Refleksi

(1) Reflek fisiologis

- (a) Reflek bisep tanda abnormal : jika tidak terjadi reflek pada siku, bisa terjadi pada salah satu sisi tubuh ekstremitas kanan maupun kiri.
- (b) Reflek trisep tanda abnormal : jika tidak terjadi ekstensi lengan bawah pada sendi siku.
- (c) Reflek patella tanda abnormal : tidak terjadi ekstensi tungkai bawah.

(2) Reflek patologis

- (a) Reflek babinsky abnormal : jika ditemukan dorsofleksi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya.
- (b) Reflek chaddock abnormal : pengembangan jari-jari kaki, dan ibu jari terjadi dorso fleksi.
- (c) Reflek Gordon abnormal : pengembangan pada jari-jari kaki dan ibu jari terjadi dorso fleksi.

b) Saraf Kranial

- (1) Nervus 1 Olfaktorius: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- (2) Nervus 2 Optikus: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang

- (3) Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.
- (4) Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- (5) Nervus 5 Trigemini: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigemini.
- (6) Nervus 6 Abduken. Kelainan pada paralisis nervus abduken menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika klien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika klien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.
- (7) Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).

- (8) Nervus 8 Auditorius: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- (9) Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 Vagus. Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringikus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru- paru.
- (10) Nervus 11 Assesorius: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Klien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persyarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.
- (11) Nervus 12 Hipoglossus: Kerusakan nervus hipoglossus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam

mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus klien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

11) Pemeriksaan penunjang

- a) Hasil rontgen kepala dan medula spinalis.
- b) *Electo Encephalogram*
- c) Pemeriksaan foto thorax : untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.
- d) Lumbar fungsi : pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada peredaran yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal.

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. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017). Berikut diagnose keperawatan pada klien dengan stroke iskemik menurut (SDKI, 2017) :

1) Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Penyebab :

- a) Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium
- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala
- o) Hipertensi
- p) Hiperkolesteronemia
- 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 trombolitik
- y) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*)

2) Ganggaun mobilitas fisik (D.0054)

Definisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil 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

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1) Mengeluh sulit menggerakkan	1) Kekuatan otot menurun ekstremitas
	2) Rentang gerak (ROM) menurun

Tabel 2. 2 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1) Nyeri saat bergerak	1) Sendi kaku
2) Enggan melakukan bergerak	2) Gerakan tidak terkoordinasi
3) Merasa cemas saat bergerak	3) Gerakan terbatas
	4) Fisik lemah

3) 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/minat

Tabel 2.3 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1) Menolak melakukan Perawatan diri	1) Tidak mampu mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri

2) Minat melakukan perawatan diri kurang

Tabel 2.4 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	<i>(tidak tersedia)</i>

4) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Definisi : Disfungsi eliminasi urin

Penyebab :

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda – tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostic
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidak mampuan mengakses toilet
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengakses toilet
- i) Hambatan lingkungan
- j) Ketidakmampuan mengkomunikaasikan kebutuhan eliminasi
- k) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- l) Imaturitas

Tabel 2.5 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1) Desakan berkemih (urgensi)	1) Distensi kandung kemih
2) Urin menetes (<i>dribbling</i>)	2) Berkemih tidak tuntas (<i>hesitancy</i>)
3) Sering buang air kecil	3) Volume residu urin meningkat

-
- 4) Nokturia
5) Enuresis
-

Tabel 2.6 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif (tidak tersedia)	Objektif (tidak tersedia)
-------------------------------	------------------------------

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Definisi

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan	1. Distorsi sensori
2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecapan	2. Respon tidak sesuai
	3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
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

6) 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. stres, keengganan untuk makan)

Tabel 2.9 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Tabel 2.10 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1) Cepat kenyang setelah makan	1) Bising usus hiperaktif
2) Kram/nyeri abdomen	2) Otot pengunyah lemah
3) Nafsu makan menurun	3) Otot menelan lemah
	4) Membrane mukosa pucat
	5) Sariawan
	6) Serum albumin turun
	7) Rambut rontok berlebihan
	8) Diare

7) Gangguan Komunikasi Verbal

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, krikotiroidektomi)
- 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)

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1) Tidak mampu berbicara atau mendengar 2) Menunjukkan respon tidak sesuai

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	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

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2019). Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengelompokan seperti bagaimana, kapan, dimana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013) :

Menurut Standar Intervensi Indonesia (2013), intervensi dari diagnose Stroke Iskemik diatas adalah : intervensi keperawatan menurut (SIKI, 2018) :

1) Diagnosa 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, peningkatan tekanan intrakranial, infark serebral (D.0017).

Kriteria hasil :

- a) Tingkat kesadaran: meningkat
- b) Kognitif: meningkat
- c) Sakit kepala: menurun
- d) Gelisah: menurun
- e) Kecemasan: menurun
- f) Tekanan arteri rata-rata: membaik
- g) Tekanan intrakranial: membaik

- h) Tekanan darah sistolik: membaik
- i) Tekanan darah diastolik: membaik
- j) Refleks saraf: membaik

Tabel 2. 1 Intervensi risiko perfusi serebral tidak efektif

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui peningkatan tekanan intrakranial (TIK)
1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK)	2) Agar dapat menentukan intervensi yang tepat untuk klien
2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK	3) Untuk mengetahui penurunan frekuensi jantung klien
3) Monitor penurunan frekuensi jantung	4) Untuk mengetahui penurunan tingkat kesadaran klien
4) Monitor penurunan tingkat kesadaran	
Terapeutik	Terapeutik
1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	1) Agar klien jauh lebih nyaman
2) Berikan posisi semi fowler	2) Untuk memberikan posisi nyaman bagi klien dan agar sesak klien berkurang
3) Cegah terjadinya kejang	3) Agar tekanan intrakranial tidak semakin parah
Kolaborasi	Kolaborasi
1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan	1) Untuk mencegah atau mengatasi kejang
2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis	2) Untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine
3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja	3) Untuk memudahkan klien dalam BAB

2) Diagnosa 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054).

Kriteria hasil:

- a) Pergerakan ekstremitas: meningkat
- b) Kekuatan otot: meningkat
- c) Rentang gerak (ROM): meningkat
- d) Kelemahan fisik: menurun

Tabel 2. 2 Tabel Intervensi gangguan mobilitas fisik

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kondisi kulit klien
1) Monitor kondisi kulit	2) Untuk mencegah terjadinya komplikasi tirah baring
2) Monitor komplikasi tirah baring	Terapeutik
Terapeutik	1. Agar tidak terjadi tekanan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan
1) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring)	2. Untuk mengetahui kekuatan otot klien
2) Lakukan gerak pada ekstremitas yang lemah untuk menilai kekuatan otot	Edukasi
Edukasi	1) Agar klien mengetahui prosedur latihan gerak ROM pasif
1) Jelaskan prosedur latihan gerak ROM pasif	2) Agar keluarga dapat membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif
2) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif	Kolaborasi
Kolaborasi	1) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
1) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien	

3) **Diagnosa 3** : Defisit perawatan diri: makan, mandi, dan berpakaian berhubungan dengan kelemahan anggota gerak (D.0109)

Kriteria hasil:

- a) Kemampuan mandi: meningkat
- b) Kemampuan makan: meningkat
- c) Kemampuan mengenakan pakaian: meningkat
- d) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK): meningkat
- e) Minat melakukan perawatan diri: meningkat

Tabel 2. 3 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri (I.11348)	Obsevasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien
1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien
2) Monitor tingkat kemandirian	3) Untuk mengetahui kebutuhan
3) Identifikasi kebutuhan alat	

bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	alat bantu dalam perawatan diri klien
Terapeutik	Terapeutik
1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)	1) Lingkungan yang kondusif dapat memotivasi klien dalam meningkatkan perawatan diri
2) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	2) Untuk memfasilitasi klien dalam melakukan perawatan diri
3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	3) Untuk mencegah resiko jatuh pada klien saat melakukan perawatan diri
4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	4) Membantu melakukan perawatan diri pada klien agar tetap terjaga kebersihan dirinya
5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	5) Memfasilitasi kemandirian klien, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri	6) Agar klien melakukan rutinitas secara terjadwal
Edukasi	Edukasi
1) Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan	1) Agar klien dapat mandiri dalam melakukan perawatan diri

4) Diagnosa 4 : Gangguan eliminasi urine: inkontinensia fungsional
berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif,
kerusakan komunikasi (D.0040).

Kriteria hasil:

- a) Sensasi berkemih: meningkat
- b) Desakan berkemih (urgensi): menurun
- c) Distensi kandung kemih: menurun
- d) Berkemih tidak tuntas (hesitancy): menurun
- e) Nokturia: menurun
- f) Mengompol: menurun
- g) Frekuensi BAK: membaik
- h) Karakteristik urine: membaik

Tabel 2. 4 Tabel Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen eliminasi urine (I.04152)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine	2) Untuk mengetahui faktor penyebab utama retensi atau inkontinensia urine dan memberikan penanganan yang sesuai
2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine	3) Untuk mengetahui output urine
3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)	Terapeutik
Terapeutik	1) Untuk mengetahui waktu terakhir klien berkemih
1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih	2) Minum yang berlebihan dapat menyebabkan semakin penuh urine di kandung kemih
2) Batasi asupan cairan, jika perlu	3) Untuk mengetahui kandungan yang ada dalam urine klien
3) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur	Edukasi
Edukasi	1) Klien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi saluran kemih
1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih	2) Klien dan keluarga mengerti cara mengukur asupan cairan dan haluaran urine
2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine	3) Klien dan keluarga mengerti cara mengambil sampel urine tengah
3) Ajarkan mengambil specimen urine midstream	4) Agar klien dapat berkemih pada waktu yang tepat
4) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih	5) Agar klien mengetahui cara penguatan otot-otot panggul/perkemihan
5) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan	6) Untuk memfasilitasi kebutuhan cairan klien
6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi	7) Agar pola tidur klien tidak terganggu
7) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur	Kolaborasi
Kolaborasi	1) Untuk menunjang kesembuhan klien
1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	

5) **Diagnosa 5** : Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan

ketidakmampuan menghidu dan melihat (D.0085)

Kriteria hasil:

- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan: menurun
- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman: menurun

- c) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap: menurun
- d) Distorsi sensori: menurun
- e) Menarik diri: menurun
- f) Melamun: menurun
- g) Respons sesuai stimulus: membaik
- h) Konsentrasi: membaik
- i) Orientasi: membaik

Tabel 2. 5 Tabel Intervensi Gangguan Persepsi Sensori

Rencana Tindakan	Rasional
Minimalisasi rangsangan (I.08241)	Observasi:
Observasi:	1) Untuk mengetahui faktor yang meningkatkan rangsangan sensori
1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. Nyeri, kelelahan)	Terapeutik:
Terapeutik:	1) Dengan berdiskusi dapat mengetahui beban sensori yang dialami
1) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. Bising, terlalu terang)	2) Dengan membatasi stimulus lingkungan dapat meminimalisir rasa tidak nyaman
2) Batasi stimulus lingkungan (mis. Cahaya, suara, aktivitas)	3) Dilakukan agar klien memiliki aktivitas terjadwal sehingga gangguan rangsangan sensori dapat diminalkan
3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat	4) Untuk memberikan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan klien
4) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan	Edukasi:
Edukasi:	1) Dilakukan untuk memberikan lingkungan yang nyaman dan meminimalkan stimulus
1) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)	Kolaborasi:
Kolaborasi:	1) Untuk mengurangi atau meminimalisasi rangsangan
1) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan	2) Dilakukan jika klien tidak mampu meminimalkan stimulus yang ada, sehingga diberikan terapi medik
2) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	

6) Diagnosa 6 : Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0032).

Kriteria hasil:

- a) Porsi makanan yang dihabiskan: meningkat
- b) Kekuatan otot pengunyah: meningkat
- c) Kekuatan otot menelan: meningkat
- d) Nyeri abdomen: menurun
- e) Berat badan: membaik
- f) Indeks Massa Tubuh: membaik
- g) Frekuensi makan: membaik
- h) Nafsu makan: membaik

Tabel 2. 6 Tabel Intervensi Defisit Nutrisi

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen Nutrisi (I.03119)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui status nutrisi klien
1) Identifikasi status nutrisi	2) Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan klien
2) Identifikasi makanan yang disukai	3) Mencukupi kalori sesuai kebutuhan klien dapat membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi
3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient	4) Feeding adalah memberikan cairan nutrisi ke dalam lambung klien yang tidak mampu menelan. Membantu pemberian makanan atau obat-obatan kepada klien yang dalam keadaan lemah atau tidak sadar
4) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric	5) Anoreksia dan kelemahan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang serius
5) Monitor asupan makanan	6) Membantu dalam identifikasi malnutrisi protein-kalori klien. Khususnya bila berat badan kurang dari normal
6) Monitor berat badan	
Terapeutik	
1) Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan	
2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)	
3) Berikan makanan tinggi serat, protein, dan kalori	
Edukasi	
1) Ajarkan diet yang diprogramkan	
Kolaborasi	
1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	

	Terapeutik 1) Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan 2) Karena status gizi seseorang menunjukkan seberapa besar kebutuhan fisiologis individu tersebut telah terpenuhi. Keseimbangan nutrisi antara yang masuk dan yang dibutuhkan untuk kesehatan optimal sangatlah penting. 3) Untuk memenuhi kebutuhan protein yang hilang dan membantu meringankan kerja hepar dalam memproduksi protein Edukasi 1) Meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien Kolaborasi 1) Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien dilakukan oleh tenaga profesional yang tepat.
--	---

7) Diagnosa 7 : Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)

Kriteria hasil:

- a) Kemampuan berbicara: meningkat
- b) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh: meningkat
- c) Kontak mata: meningkat
- d) Afasia: menurun
- e) Disfasia: menurun
- f) Apraksia: menurun
- g) Disatria: menurun
- h) Pelo: menurun

Tabel 2. 7 Tabel Intervensi Gangguan Komunikasi Verbal

Rencana Tindakan	Rasional
Promosi komunikasi: Defisit bicara (I.13492)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	2) Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara
2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan bahasa)	3) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi	Terapeutik
Terapeutik	1) Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri klien
1) Berikan dukungan psikologis	2) Untuk mempermudah dalam komunikasi dengan klien
2) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/gerakan tubuh)	3) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah
3) Ulangi apa yang disampaikan klien	4) Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar
4) Gunakan juru bicara, <i>jika perlu</i>	
Edukasi	Edukasi
1) Anjurkan berbicara perlahan	1) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah klien dalam berbicara
2) Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	2) Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar
Kolaborasi	Kolaborasi
1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	1) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan, yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk

klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Leniwita & Anggraini, 2019).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Sitanggang, 2018). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen. yaitu kriteria hasil keefektifan tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP (Subyektif Assessment, Planning).

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

- 1) S (Subyektif): yaitu keluhan-keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).
- 2) O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (Analisis) : yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.