

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1. Definisi

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah suatu penyakit gangguan fungsi anatomi otak yang terjadi secara tiba-tiba dan cepat yang disebabkan karena adanya pendarahan di otak (Pinzon R. , 2009)

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) menurut *World Health Organization* (WHO, 2005) Adalah tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global), dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler.

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) iskemik terjadi ketika suplai darah ke otak terhenti akibat penyumbatan pada pembuluh darah. Penyumbatan ini dapat disebabkan oleh aterosklerosis atau emboli yang menghalangi aliran darah di arteri menuju otak (DEWI, 2011).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Berdasarkan kronologisklinisnya, CVA iskemik dibagi menjadi empat jenis yaitu (Maria, 2021) :

- 1) *Transient ischemic attack* (TIA) merupakan gangguan fungsi otak yang bersifat fokal, muncul secara tiba-tiba, dan mengalami pemulihan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

- 2) *Reversible neurological deficit* (gangguan neurologis sementara) adalah gangguan neurologis sementara yang berlangsung lebih dari 24 jam, namun gejala akan menghilang sepenuhnya dalam jangka waktu hingga tiga minggu.
- 3) CVA in evolution (CVA progresif) adalah ditandai dengan gangguan fungsi otak yang berkembang secara bertahap dan menunjukkan perburukan kondisi seiring waktu.
- 4) Completed CVA (CVA lengkap) adalah merupakan kondisi di mana defisit neurologis terjadi secara maksimal sejak awal serangan dan cenderung menetap, dengan kemungkinan perbaikan yang minimal.

Sedangkan berdasarkan keadaan patologis CVA Iskemik dapat diklasifikasikan menjadi

- 1) CVA trombosis adalah yaitu terbentuknya bekuan darah di dalam arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga aliran darah ke jaringan otak menjadi terhambat.
- 2) CVA yaitu terjadinya sumbatan pembuluh darah otak akibat masuknya material asing seperti embolus yang menghalangi aliran darah.
- 3) Hipoperfusi sistemik yang terjadi akibat penurunan tekanan arteri sehingga suplai darah ke otak tidak mencukupi.

- 4) CVA akibat penyempitan lumen arteri yang disebabkan oleh proses infeksi atau inflamasi, spasme pembuluh darah, maupun penekanan dari massa di sekitar pembuluh darah.

2.1.3 Etiologi

1. CVA Iskemik

Penyebab CVA iskemik terdiri dari (Que, 2023)

1) Thrombosis Cerebral

Trombosis serebral terjadi ketika pembuluh darah mengalami penyumbatan (oklusi) sehingga aliran darah ke jaringan otak terganggu. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya iskemia jaringan otak yang berpotensi menimbulkan edema serta kongesti pada jaringan di sekitarnya. Trombosis umumnya dialami oleh individu usia lanjut dan sering terjadi saat tidur atau segera setelah bangun tidur. Hal ini berkaitan dengan penurunan aktivitas sistem saraf simpatis dan turunnya tekanan darah, yang dapat mengakibatkan berkurangnya perfusi serebral. Manifestasi neurologis pada kondisi ini biasanya menunjukkan perburukan dalam waktu 48 jam setelah terjadinya trombosis. Beberapa kondisi yang dapat memicu terjadinya trombosis serebral meliputi:

- a. Arteriosklerosis: yaitu proses pengerasan dan penurunan elastisitas dinding pembuluh darah yang menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah.

- b. Hyperkoagulasi: yaitu peningkatan kekentalan darah akibat meningkatnya viskositas atau nilai hematokrit, sehingga aliran darah ke otak menjadi lebih lambat.
- c. Arteritis (radang pada arteri): yaitu peradangan pada arteri besar beserta cabang utamanya, termasuk aorta, yang berfungsi menyalurkan darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh. Kondisi ini dapat menyebabkan penyempitan atau pelebaran abnormal pembuluh darah, yang berakibat pada berkurangnya atau hilangnya denyut nadi di ekstremitas dan area tubuh lainnya.

2) Emboli

Emboli serebral terjadi akibat tersumbatnya pembuluh darah otak oleh material asing seperti bekuan darah, lemak, atau udara. Umumnya, embolus berasal dari trombus yang terbentuk di jantung, kemudian terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli diantaranya:

- a. Penyakit jantung reumatik.
- b. Infark miokardium.
- c. Fibrilasi dan keadaan aritmia : dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri.

2.1.4 Faktor Resiko

Faktor risiko CVA pada populasi umum diklasifikasikan menjadi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi (Purnomo, 2022).

- 1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi
 - a) Umur. Setiap kelompok umur memiliki kemungkinan untuk menderita CVA. Tetapi seiring dengan meningkatnya umur, risiko untuk terkena CVA juga semakin besar. Hal ini disebabkan oleh akumulasi plak yang tertimbun di dalam pembuluh darah. Insidens CVA meningkat seiring dengan bertambahnya umur, dimana setelah umur 55 tahun risiko CVA meningkat 2 kali lipat tiap dekade. Kematian akibat CVA menjadi dua kali lipat pula pada setiap dekadenya setelah umur 40 tahun. Pada umur 80 tahun, 1 dari 3 orang akan terkena serangan beberapa CVA.
 - b) Jenis kelamin. CVA lebih banyak menyerang laki-laki daripada perempuan, dengan perbandingan 1,3:1, kecuali pada umur batas menopause, dimana perbandingan antara laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda. Namun demikian, lebih dari setengah jumlah penderita CVA yang meninggal adalah perempuan. Perempuan hamil memiliki risiko terkena CVA yang lebih besar, begitu pula perempuan yang meminum pil pengatur kehamilan dan menderita hipertensi.

- c) Hereditas (riwayat keluarga) dan ras. Risiko untuk menderita CVA akan semakin besar jika terdapat riwayat CVA di keluarga. Di dalam keluarga, kemungkinan diturunkannya faktor genetik dari orang tua kepada anak akan lebih besar, sesama anggota keluarga akan lebih mudah menderita penyakit, termasuk penyakit-penyakit yang merupakan faktor risiko CVA. Orang Afrika memiliki risiko yang jauh lebih besar mengalami kematian akibat CVA daripada orang kaukasia.
 - d) Riwayat CVA atau serangan jantung sebelumnya. Seseorang yang sudah pernah menderita CVA lebih berisiko mengalami CVA selanjutnya. Kira-kira 10% dari mereka yang pernah mengalami serangan CVA akan mendapatkan serangan CVA yang kedua (reccurent) dalam setahun. Begitu pula orang yang sudah pernah mengalami serangan jantung, juga memiliki risiko yang lebih besar untuk menderita CVA.
- 2) Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi
- a. *Hipertensi*. Tekanan darah tinggi atau *hipertensi* adalah faktor risiko yang paling utama dan biasanya tanpa gejala spesifik serta tidak memiliki tanda-tanda awal. *Hipertensi* dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah maka timbullah perdarahan otak, dan apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan

mengalami kematian. Oleh sebab itu, pemeriksaan tekanan darah yang teratur penting dilakukan.

- b. Diabetes mellitus (DM). Diabetes mellitus mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar karena adanya gangguan metabolisme glukosa sistemik. Menebalnya dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak. Banyak penderita DM juga mengalami hipertensi, kadar kolesterol darah yang tinggi serta kelebihan berat badan. Hal ini memperbesar risiko penderita untuk terkena CVA. Insidens infark pada penderita DM laki-laki 2,6 kali dan perempuan 3,8 kali lebih tinggi dibandingkan bukan DM. Pasien dengan DM mempunyai risiko infark serebral 2-4 kali.
- c. Penyakit jantung. Berbagai penyakit jantung seperti penyakit jantung rematik, penyakit jantung koroner dengan infark otot jantung, dan gangguan irama denyut jantung merupakan faktor risiko CVA yang cukup potensial. Faktor risiko ini pada umurnya akan menimbulkan hambatan atau sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel atau jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah.

Peristiwa ini disebut emboli. Emboli dari jantung merupakan penyebab CVA sebesar 15-20%.

- d. Merokok. Nikotin dan karbon monoksida yang terdapat pada rokok selain dapat menurunkan kadar oksigen dalam darah, juga dapat merusak dinding pembuluh darah, serta memacu terjadinya penggumpalan darah. Risiko CVA meningkat 2-3 kali pada perokok.
- e. Alkohol. Meminum rata-rata lebih dari satu gelas minuman beralkohol setiap harinya bagi perempuan ataupun lebih dari dua gelas minuman beralkohol bagi laki-laki dapat meningkatkan tekanan darah dan memperbesar risiko terkena CVA.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Gejala pada pasien CVA tergantung dari bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi, dan adanya sirkulasi kolateral. Pada CVA akut gejala klinis yang terjadi meliputi (Tarwoto, 2013):

1. CVA Iskemik

CVA iskemik berlangsung ketika pembuluh darah yang memasok darah ke otak tersumbat atau menyempit, sehingga menghambat aliran darah. Tanda-tanda CVA Iskemik:

- 1) Kelumpuhan mendadak pada salah satu sisi wajah atau tubuh (hemiparesis) atau hemiplegia (kelumpuhan). Kelumpuhan

disebabkan oleh kerusakan pada korteks motorik korteks frontal. Lesi ini bersifat kontralateral. Artinya, jika belahan otak kanan rusak, maka otot-otot di sisi kiri menjadi lumpuh. Pasien juga kehilangan kendali atas otot-otot sensoriknya yang lemah dan tidak mampu melakukan peregangan atau membungkuk.

- 2) Gangguan stabilitas satu atau lebih anggota badan. Gangguan stabilitas diakibatkan oleh kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan pada saraf sensorik.
- 3) Penurunan kesadaran (bingung, delirium, lesu, stupor, koma) dapat disebabkan oleh perdarahan, kerusakan otak yang menekan batang otak, atau gangguan metabolisme otak akibat hipoksia.
- 4) Afasia (kesulitan berbicara) adalah kurangnya keterampilan komunikasi verbal seperti membaca, menulis, dan pemahaman bahasa. Afasia ini terjadi ketika pusat bahasa utama di belahan otak kiri rusak, biasanya terjadi setelah CVA Iskemik yang melibatkan kerusakan pada arteri serebral tengah kiri. Afasia dibagi menjadi tiga kategori: afasia motorik, afasia sensorik, dan afasia global. Fasia motorik, atau fasia ekspresif, terletak di daerah Broca di lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini, penderita dapat memahami lawan bicaranya, namun tidak mampu mengungkapkan pikirannya dan mengalami kesulitan

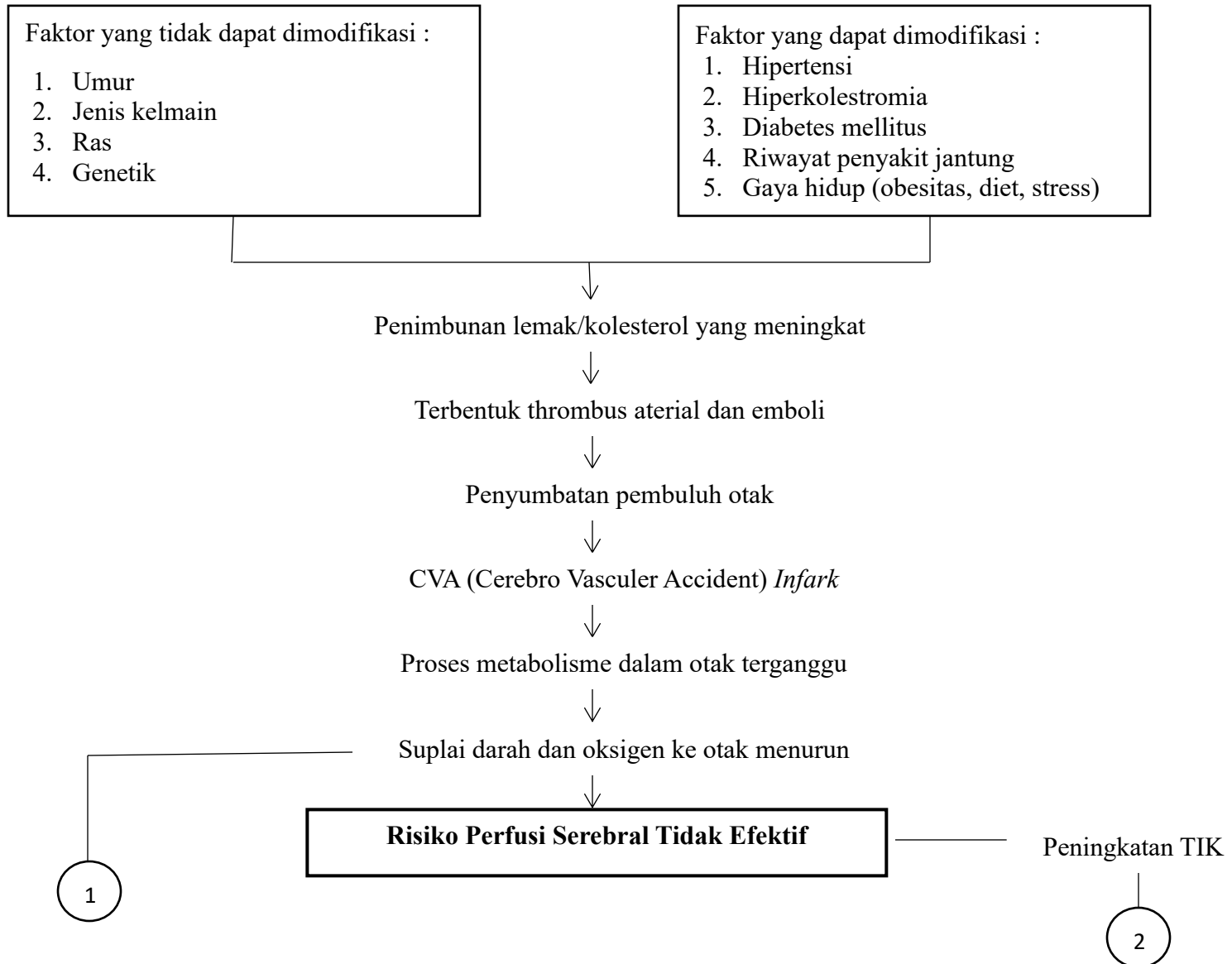
dalam berbicara. Afasia sensorik disebabkan oleh rusaknya area Wilnicke di area pelipis. Pada afasia, pasien tidak mampu menerima rangsangan pendengaran namun mampu mengungkapkan bahasa, sehingga bahasa tidak konsisten dan tidak koheren. Pada afasia global, pasien mungkin merespons ucapan dengan menerima dan merespons ucapan yang tiba-tiba.

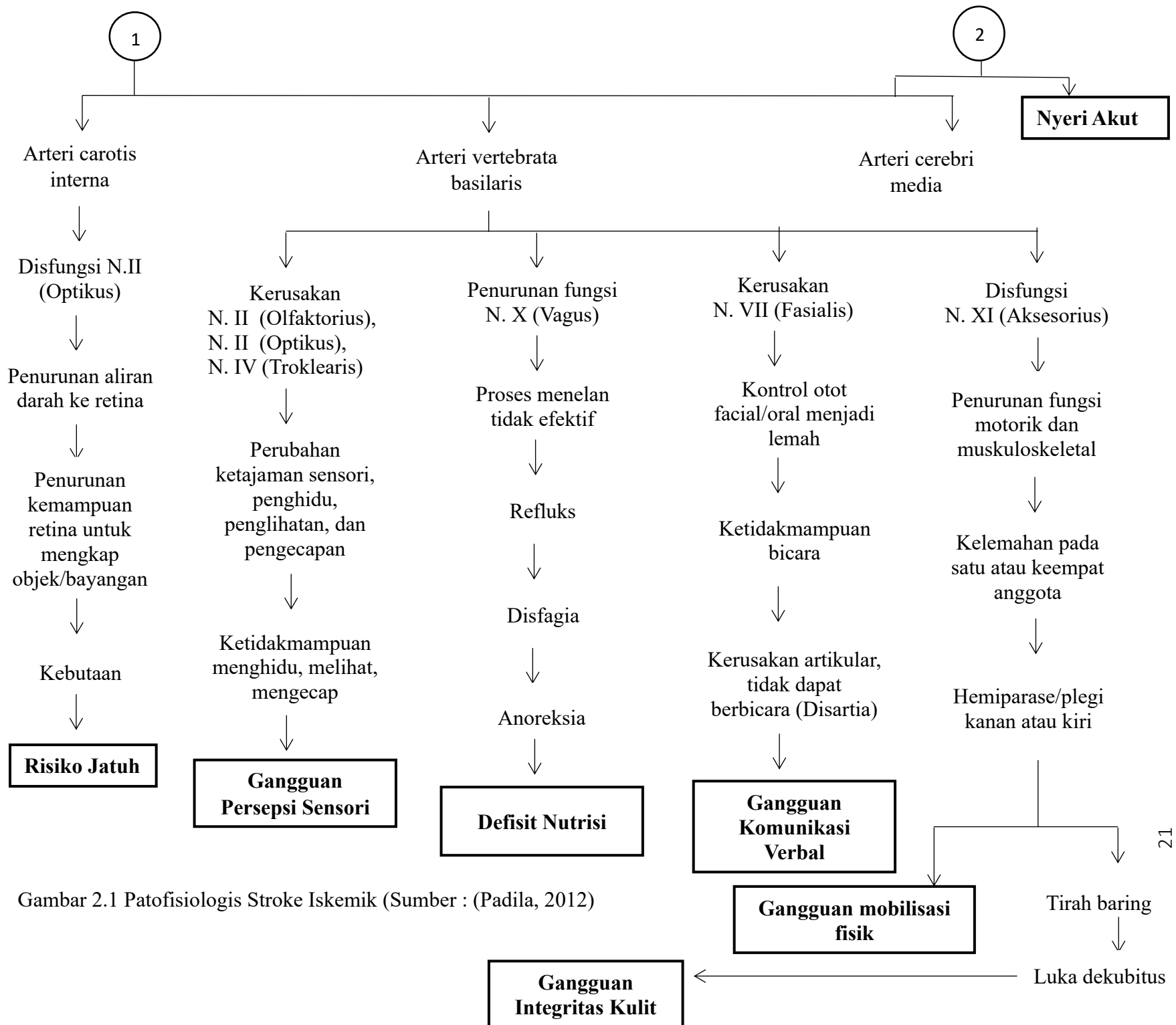
- 5) Disatria (bicara cadel atau pelo) mengacu pada kesulitan berbicara, terutama artikulasi pembicaraan. Namun, pasien dapat memahami berbicara, menulis, mendengarkan, dan membaca. Anoreksia disebabkan oleh kerusakan saraf kranial yang melemahkan otot-otot bibir, lidah, dan laring. Pasien juga mengalami kesulitan mengunyah.
- 6) Gangguan penglihatan, penglihatan ganda: Pasien mungkin mengalami gangguan penglihatan atau penglihatan ganda. Hal ini terjadi akibat kerusakan pada lobus temporal atau parietal, yang dapat menghambat saraf optik di korteks oksipital.
- 7) Disfagia atau kesulitan menelan terjadi akibat rusaknya saraf IX. Saat Anda menelan, bolus didorong melalui lidah, glotis menutup, dan makanan masuk ke kerongkongan.
- 8) Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena hal ini terjadi terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

- 9) Pusing, mual, muntah dan sakit kepala akibat peningkatan tekanan intrakranial, pembengkakan otak.

2.1.6 Patofisiologi

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**. 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 pasien 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 duabelas (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 CVA menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyani (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 massa 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

Pasien 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 pasien CVA menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyanti (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, malformasi arteriovena.
 - c) *Elektro Encephalografi (EEG)*: pemeriksaan yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah berdasarkan 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 Lumbal*: pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan adanya tekanan normal. Jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan perdarahan subarachnoid atau perdarahan intrakranial.
- 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

Penatalaksanaan CVA menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyani (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, pasien CVA 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 tromboflebitis 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 pasien 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) CVA non hemoragik

- (1) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (*recombinan tissueplasminogen*)
- (2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfabeta, kaptopril antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

b) Stroke hemoragik

- (1) Anti hipertensi: katropil, antagonis kalsium
- (2) Diuretik: manitol 20 % , furosmide
- (3) Antikonfalsan: fenitoin

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Metode yang konsepnya diterapkan dalam praktik keperawatan merupakan proses asuhan keperawatan. Metode ini juga dikatakan dalam

pendekatan untuk memecahkan sebuah masalah (problem-solving) dengan memerlukan ilmu, teknik/ keterampilan seseorang dengan tujuan memenuhi kebutuhan klien, keluarga, serta masyarakat. Terdapat 5 tahap dalam proses keperawatan yang saling berhubungan, perencanaan, meliputi tindakan, pengkajian, diagnosis, dan evaluasi, dalam pembuatan asuhan keperawatan tahap ini berintegrasi pada fungsi intelektual problem-solving (Nursalam, 2011)

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 menurut (Hidayat, 2017) dalam kusyani (2022), yaitu:

1) Pengumpulan Data

a) Identitas klien:

Terdiri dari nama, usia, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal serta jam MRS, nomer register, diagnosa medis.

b) Keluhan utama:

Keluhan yang diperoleh merupakan gangguan motorik kelemahan meliputi anggota gerak setelah badan, bicara pelo, serta tidak berkomunikasi, nyeri kepala, kejang, gangguan sensorik, dan gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013 dalam Nuzullah, 2019)

c) Riwayat penyakit sekarang:

CVA Iskemik biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemah, terdapat nyeri kepala, mual, muntah serta kejang sampai tidak sadar (Tarwoto, 2013 dalam Nuzullah 2019).

d) Riwayat kesehatan dahulu :

Terdapat riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, DM, riwayat trauma kepala, anemia, penyakit jantung, kontrasepsi oral yang lama. Terdapat juga penggunaan obat-obatan anti koagulan, vasodilator, aspirin, kegemukan, dan obat-obat adiktif (Tarwoto, 2013 dalam Nuzullah 2019).

e) Riwayat kesehatan keluarga :

Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau terdapat riwayat stroke dari generasi terlebih dahulu (Muttaqin, 2008).

f) Riwayat psikososial:

Biaya pada penderita CVA sangatlah mahal meliputi biaya untuk pemeriksaan, pengobatan serta perawatan, yang bisa mengacaukan keuangan keluarga yang mengakibatkan

stabilitas emosi terhadap klien dan keluarga (Tarwoto, 2013 dalam Nuzulah, 2019).

2) Aktivitas Sehari-Hari

Pemeriksaan pola kesehatan (Tarwoto, 2013 dalam Nuzulah 2019):

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat :

Biasanya terdapat riwayat perokok, pengguna alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola nutrisi dan metabolisme:

Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut.

c) Pola eliminasi:

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine

d) Pola aktivitas dan latihan:

Terdapat kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, beraktivitas. mudah lelah saat

e) Pola tidur dan istirahat:

Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot.

f) Pola hubungan dan peran:

Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami perhubungan. kesukaran dalam peran

g) Pola persepsi dan konsep diri:

Mudah marah, tidak kooperatif, dan merasa tidak ada harapan karena klien merasa tidak berdaya.

h) Pola sensori dan kognitif.

Terdapat gangguan penglihatan/kekaburan pandang, sentuhan/perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif.

i) Pola reproduksi seksual:

Akibat dari pengobatan stroke misal obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin merupakan terjadinya penurunan pada gairah.

j) Pola penanggulangan stress:

Gangguan proses berpikir, serta kesulitan berkomunikasi biasanya klien mengalami kesulitan tersebut.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan:

Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah.

3) Pemeriksaan fisik:

Menurut (Nursalam, 2011 dalam Wahyu Adi, 2013) pemeriksaan pada fisik adalah metode dalam pemeriksaan pada tubuh klien supaya menentukan adanya masalah terhadap fisik. Tujuan dari

pemeriksaan fisik merupakan pengambilan informasi valid tentang kesehatan pada klien.

a. Kesan umum/keadaan umum

Tingkat kesadaran pasien merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Biasanya pada pasien CVA mengalami tingkat kesadaran pada pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (samnolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang CVA. 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 pasien segan untuk berhubungan keadaan sekitar, sikap acuh tak acuh
Delirium	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor. Pasien nampak gaduh gelisah, meronta-ronta
Samnolen	Keadaan pasien yang selalu mau tidur, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri namun jatuh tidur kembali
Sopor	Keadaan pasien 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 tinggal	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 : Tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas adanya sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh (Tarwoto, 2013).
- c. Pemeriksaan integumen : Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu. Selain itu terjadi adanya kelumpuhan anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis). Klien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga klien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi. (Tarwoto, 2013).
- d. Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Kepala

Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma, yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri kepala dan vertigo

yang terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri. (Tarwoto 2013).

(2) Mata

Klien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Ketajaman penglihatan (visus) pada mata menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis) (Muttaqin, 2019).

(3) Hidung

Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi klien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Muttaqin, 2019)

(4) Telinga

Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga). (Muttaqin, 2019)

(5) Mulut

Adanya gangguan pengecapan (lidah), Disfagia (adanya kesulitan dalam menelan) dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir. (Muttaqin, 2019)

(6) Leher

Kaku kuduk jarang terjadi, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran tyroid, tidak terdapat pe,besaran vena jugularis adanya pembesaran kelenjar tyroid (Tarwoto 2013).

e. Pemeriksaan dada/Thorax

Paru-Paru

Pada inspeksi bentuk thoraks biasanya normal atau adalah kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung). Palpasi didapatkan vocal fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan.

Perkusi paru-paru biasanya bunyi normal (sonor). Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto 2013).

Jantung

Pada inspeksi jantung bentuk simetris, pergerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada bekas luka, tidak terdapat pulpati. Jantung biasanya teraba ictus cordis teraba ICS V midclavicular sebelah kiri selebar 1 cm. Suara jantung pada pasien saat dilakukan perkusi biasanya normal (pekak). Auskultasi 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 (Tarwoto 2013).

- f. Pemeriksaan abdomen : Pada saat dilakukan inspeksi normal perut datar, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada benjolan pada abdomen. Auskultasi terjadi penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama. Perkusi terdengar suara tympani, dan palpasi tidak terdapat benjolan dan tidak ada nyeri tekan (Tarwoto 2013)

- g. Pemeriksaan genetalia : Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doenges 2018).
- h. Pemeriksaan ekstremitas : Pada klien dengan CVA biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiprase, mengalami kelemahan otot secara mendadak. (Tarwoto 2013).

i. Pemeriksaan neurologis

Ada 12 saraf kranial, diantaranya adalah :

- (1) Saraf Kranial 1 Olfaktorius : biasanya pada klien CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman (Muttaqin, 2008).
- (2) Saraf Kranial 2 Optikus : kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang (Muttaqin, 2008)
- (3) Nervus 3 Okulomotorius : kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar (Muttaqin, 2008).
- (4) Nervus 4 Troklearis : kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial (Muttaqin, 2008).

(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 (Muttaqin, 2008).

(1) Nervus 6 Abducent : kelainan pada paralisis nervus abducent menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika klien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika klien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior (Muttaqin, 2008).

(2) 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) (Muttaqin, 2008).

(3) Nervus 8 Vestibularis : kelainan pada nervus

vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo) (Muttaqin, 2008).

(4) Nervus 9 Glosofaringikus dan nervus 10 vagus :

gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian (Muttaqin, 2008).

(5) Gangguan nervus vagus menyebabkan

persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru (Muttaqin, 2008).

(6) Nervus 11 Assesorius : gangguan pada nervus

assessorius 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 assessorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persyarafan otot

trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu (Muttaqin, 2008).

(7) Nervus 12 Hipoglosus : kerusakan nervus hipoglosus 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 hipoglosus klien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat dijulurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut (Muttaqin, 2008).

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 muncul adalah :

Berikut diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien stroke berdasarkan subkategori SDKI DPP PPNI (2017) :

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 infeksi
- (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 infeksi
- (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) 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

3) 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

4) Subkategori : Nyeri dan kenyamanan

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,)

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

5) 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 Gamgguan Persepsi Sensori

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.

Tabel 2.6 Batasan Karakteristik Gangguan Persepsi Sensorik

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

6) 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
--	--	--

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

7) 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 elektrik (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

8) 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, ablasi 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 pasien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Kusyani, 2022).

Berikut merupakan penjabaran intervensi sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2022).

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

Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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	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	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

	f) Kecemasan menurun g) Agitasi menurun h) Demam menurun i) Nilai rata-rata tekanan darah membaik j) Kesadaran membaik k) Tekanan darah sistolik membaik l) Tekanan darah diastolik membaik m) Reflek saraf membaik	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 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	menunjukkan kerusakan pada batang otak Terapeutik a) Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali b) Untuk memberikan kenyamanan pasien c) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral d) Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut. Kolaborasi a) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intra kranial (TIK)
--	--	--	---

		a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	
--	--	--	--

2) Defisit nutrisi (D.0019)

Tabel 2. 10 Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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	Manajemen Nutrisi (I.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	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 pasien

	c) Kekuatan otot menelan meningkat d) Nafsu makan membaik e) TTV membaik	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 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	b) Makanan yang tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi c) Membantu menambah nafsu makan pasien Edukasi a) Membantu pasien pada saat makan Kolaborasi a) Diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien
--	--	---	---

		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	
--	--	--	--

3) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Tabel 2. 11 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L.05042) dapat meningkat. Kriteria hasil : a) Pergerakan ekstremitas meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.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	Observasi a) Amati apakah ada trauma pada pasien b) Untuk mencegah terajdinya luka ketika baring ditempat tidur dengan waktu yang lama Terapeutik a) Daerah yang tertekan lama dapat mengakibatkan trauma

	b) Kekuatan otot meningkat c) Rentang gerak (ROM) meningkat d) Kelemahan fisik menurun	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 pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, pindah di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	b) Untuk mengetahui tingkat kekuatan otot yang mengalami kelemahan Edukasi a) Terapi pada pasien yang mengalami kelemahan ekstremitas b) Keluarga juga berpengaruh untuk kesembuhan pasien yang mengalami kelemahan fisik Kolaborasi a) Membantu untuk memulihkan kekuatan otot pasien
--	--	--	---

4) Nyeri akut (D.0077)

Tabel 2. 12 Intervensi Keperawatan Nyeri akut

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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 f) Kesulitan tidur menurun g) Menarik diri menurun h) Berfokus pada diri sendiri 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 nyer g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberika	Observasi a) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik. durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri b) Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien c) Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau nonverbal d) Untuk mengetahui efek samping analgesik yang mungkin dirasakan pasien Terapeutik a) Agar pasien mau dan mampu memotivasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan

	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	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 c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	b) Untuk mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri c) Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat Edukasi a) Agar pasien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga klien dapat mengantisipasi rasa nyeri b) Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat Edukasi a) Agar pasien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga klien dapat mengantisipasi dan mengambil keputusan terkait nyeri yang dirasakan b) Agar pasien dapat melakukan strategi meredakan nyeri sehingga nyeri yang dirasakan dapat dikurangi
--	--	--	---

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

5) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Tabel 2. 13 Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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	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)	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)

	c) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan 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	b. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) 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	b) Membatasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) 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
--	--	--	--

	m) Respons sesuai stimulus membaik n) Konsentrasi membaik o) 15) Orientasi membaik		
--	--	--	--

6) Gangguan komunikasi verbal (D.0119).

Tabel 2. 14 Intervensi Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal (L.13118) dapat meningkat. Kriteria hasil : a) Aktivitas fisik yang direkomendasikan meningkat b) Aktivitas yang tepat meningkat	Promosi komunikasi: defisit bicara (13492) Observasi a) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara b) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)	Observasi a) Untuk mengetahui masalah bicara yang dialami pasien Terapeutik a) Dukungan dari keluarga membantu untuk pemulihan pasien b) Komunikasi yang alternatif dapat membantu pasien untuk bisa berkomunikasi dengan sekitarnya

	c) Strategi untuk menyeimbangkan aktivitas dan istirahat meningkat d) Teknik konservasi energi meningkat e) Teknik pernafasan yang efektif meningkat f) Pembatasan energi meningkat g) Mekanika tubuh 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	c) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara d) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, 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 pasien) c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan d) Ulangi apa yang disampaikan pasien	Edukasi a) Biacara yang pelan dapat mudah dipahami oleh pasien Kolaborasi a) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
--	--	--	--

		e) Berikan dukungan psikologis f) Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi a) Anjurkan berbicara perlahan b) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	
--	--	---	--

7) Gangguan integritas kulit (D.0129)

Tabel 2. 15 Intervensi Keperawatan Gangguan integritas kulit

Diagnosa	SLKI	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	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	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

	j) Pigmentasi abnormal menurun 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	e) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit 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	hipoalergik pada kulit sensitive 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
--	--	--	--

8) Resiko Jatuh (D.0143)

Tabel 2. 16 Intervensi Keperawatan Resiko Jatuh

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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	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)	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 pasien

	f) Jatuh saat naik tangga menurun g) Jatuh saat di kamar mandi menurun h) Jatuh saat membungkuk menurun	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 pasien dan keluarga b) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci c) Pasang handrail tempat tidur d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah e) Tempatkan pasien 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 pasien 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 merupakan tindakan yang akan dilakukan dari sebuah perencanaan, terdiri dari tindakan mandiri (independen), serta kolaborasi (dependen). Tindakan yang berasal dari keputusan diri sendiri merupakan tindakan mandiri, sedangkan tindakan yang dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain merupakan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2015).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Langkah terakhir metode dari asuhan keperawatan merupakan evaluasi yang bertujuan dari sejauh mana rencana keperawatan tercapai, dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang diamati dengan tujuan serta kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Melihat serta menilai kemampuan klien untuk mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan sudah tercapai/belum, mengkaji apa penyebab tujuan keperawatan belum tercapai merupakan tujuan dari evaluasi (Aditio, 2019).

Menurut Hidayat mempermudah pemantauan (2020) dalam Dalam evaluasi keperawatan, biasanya menggunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER yaitu:

- 1) S (subyektif) yaitu data yang didapatkan oleh perawat melalui keluhan yang masih dirasakan oleh klien setelah keperawatan dilakukan Tindakan

- 2) O (objektif) yaitu data yang didapatkan perawat melalui hasil pengukuran/hasil observasi perawat secara langsung terhadap klien yang dirasakan setelah klien oleh implementasi keperawatan. Dilakukan
- 3) A (analisis) merupakan interpretasi dari data subyektif serta data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis yang baru akibat adanya perubahan terhadap status kesehatan klien.
- 4) P (Planning) yaitu perencanaan yang akan dilakukan, apakah dilanjutkan, dimodifikasi, dihentikan atau perencanaan yang ditambahkan dari perencanaan keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya.
- 5) I (Implementasi) yaitu pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan mengikuti instruksi yang di komponen planning.
- 6) E (Evaluasi) yaitu berisi tentang bagaimana respon klien sesudah diberikan tindakan.
- 7) R (Reassessment) merupakan pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi.