

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Stroke

2.1.1 Pengertian CVA *Infark*

Stroke non-hemoragik atau CVA *Infark* merupakan hilangnya fungsi otak secara tiba-tiba karena gangguan suplai darah ke bagian otak. Stroke ini disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah yang sebagian atau seluruhnya menghentikan aliran darah ke otak (Farikesit, I. A., et al. 2023). Stroke iskemik atau CVA *Infark* disebabkan oleh trombus yang menyebabkan oklusi menetap, mencegah adanya reperfusi pada organ yang infark sehingga menyebabkan terjadinya keadaannya anemia atau iskemik (Asri Kusyanti & Bayu Akbar Khayudin, 2022)

2.1.2 Klasifikasi

Stroke dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu stroke hemoragik (perdarahan) dan stroke iskemik (sumbatan), yang terjadi ketika aliran darah ke otak terhambat. Secara umum, stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah dalam rongga tengkorak, sedangkan stroke iskemik terjadi ketika suplai darah ke otak tidak mencukupi sehingga otak kekurangan oksigen dan nutrisi.

Menurut Maria (2021), berdasarkan kronologis gejala klinisnya, CVA *Infark* dapat dibagi menjadi empat jenis yaitu:

1) Transient ischemic attack (TIA) adalah gangguan fungsi otak yang

bersifat lokal, timbul secara mendadak, dan akan pulih dalam 24 jam
 Reversible neurological deficit (gangguan neurologis sementara)
 adalah gangguan fungsi otak yang terjadi lebih dari 24 jam dan akan
 menghilang dalam waktu 3 minggu

- 2) Stroke in evolution (stroke progresif) adalah gangguan fungsi otak berlangsung perlahan semakin lama semakin berat
- 3) Completed stroke (stroke lengkap) adalah gangguan fungsi otak maksimal dan cenderung menetap sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan.

Sedangkan berdasarkan keadaan patologis stroke Iskemik dapat diklasifikasikan menjadi

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

2.1.3 Etiologi

Beberapa faktor penyebab stroke menurut (Nurarif dan Kusuma 2015), adalah:

- 1) Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversible*)
 - a) Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan menderita stroke bandingkan wanita.
 - b) Usia : makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.
 - c) Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.
- 2) Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)
 - a) Hipertensi
 - b) Penyakit jantung
 - c) Kolesterol tinggi
 - d) Obesitas
 - e) Diabetes Melitus
 - f) Polisitemia
 - g) Stress emosional
- 3) Kebiasaan hidup
 - a) Merokok
 - b) Meminum alkohol
 - c) Konsumsi obat-obatan terlarang
 - d) Pola hidup yang tidak sehat

Etiologi berdasarkan klasifikasi stroke ada 2 yaitu :

4) Etiologi stroke Hemoragik

Etiologi dari stroke Hemoragik meliputi Hipertensi berat dan pecahnya arteri yang mensuplai darah ke otak (Junaidi, 2018).

5) Etiologi stroke iskemik

Etiologi dari stroke iskemik ada 3 yaitu timbulnya thrombosis, timbulnya emboli dan akibat kerusakan arteri.

Penjelasan etiologi tersebut yaitu sebagai berikut :

a) Timbulnya Thrombosis

Thrombosis merupakan pembentukan plak pada pembuluh darah yang disebabkan karena tingginya kadar lemak dalam darah.

b) Timbulnya Emboli

Emboli merupakan plak yang lepas dari pelekatan dinding pembuluh darah mengalir mengikuti aliran darah. Emboli dapat menyebabkan sumbatan di pembuluh darah yang menyebabkan hambatan aliran darah.

c) Akibat kerusakan arteri yaitu : Usia, Hipertensi, DM Pembuluh darah mengalami degeneratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Stroke *Infark* dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu : stroke trombotik dan stroke embolik. Penyebab stroke *Infark* diantaranya : Hipertensi,

Diabetes mellitus, Gejala stroke dapat diingat lebih mudah dengan kata FAST (Maria, 2021) :

- 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.

2.1.5 Komplikasi

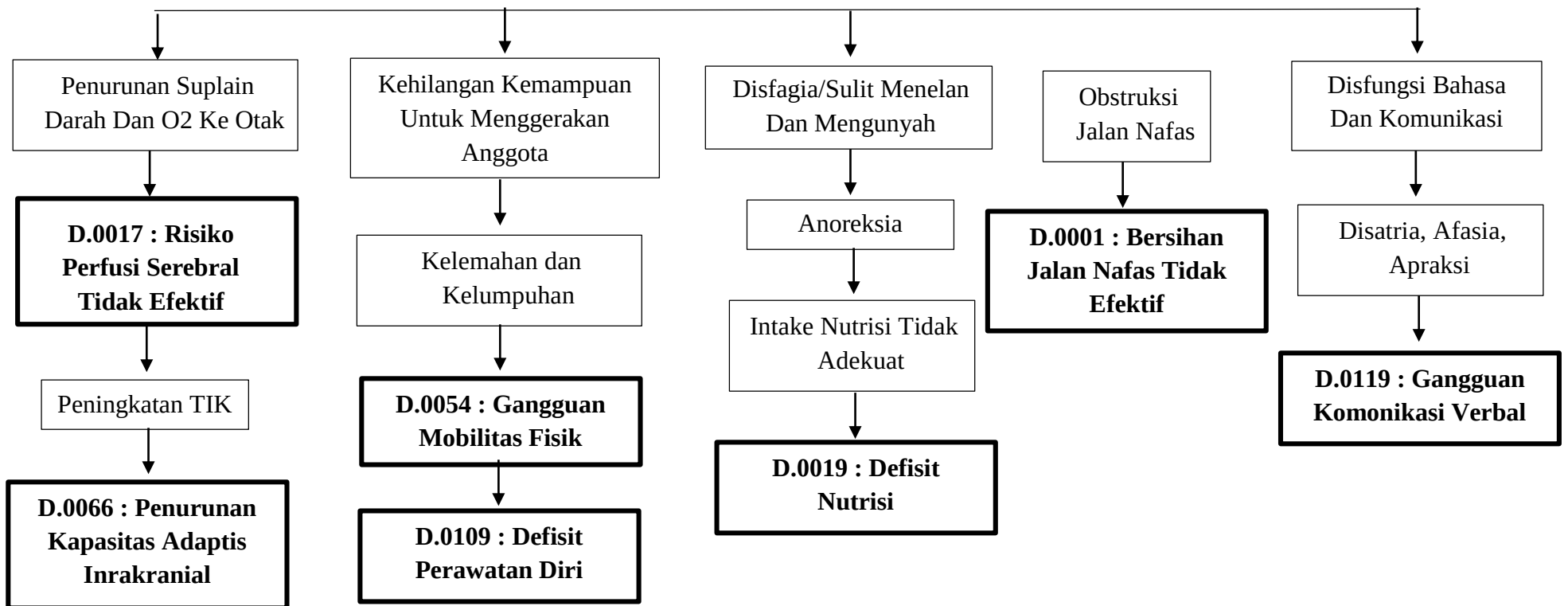
Menurut Sriwidyastuti (2020), stroke dapat mengakibatkan cacat sementara atau permanen, tergantung dari berapa lama otak kekurangan aliran darah dan daerah yang terserang. Sering juga muncul penyakit penyerta seperti diabetes melitus, kolesterol tinggi, gagal jantung dan gangguan pada fungsi ginjal. Komplikasi yang sering terjadi adalah :

- 1) Kelumpuhan atau kehilangan gerakan otot. Pasien dapat mengalami kelumpuhan di satu sisi tubuh atau kehilangan kendali atas otot tertentu.
- 2) Kesulitan menelan atau berbicara. Stroke dapat mempengaruhi otot-otot pada mulut dan tenggorokan sehingga sulit bagi pasien untuk dapat berbicara dengan jelas (Disatria), menelan (Disfagia), atau makan. Pasien mungkin juga akan mengalami kesulitan dengan bahasa (Afasia), termasuk berbicara, membaca, atau menulis.

- 3) Kehilangan memori atau kesulitan untuk berpikir. Banyak pasien yang terserang stroke juga mengalami hilang ingatan, selain itu pasien juga dapat mengalami kesulitan dalam berpikir, membuat penilaian dan memahami konsep.
- 4) Masalah emosional.
- 5) Rasa sakit, nyeri, mati rasa atau sensasi aneh yang dapat terjadi pada bagian tubuh yang terkena stroke.
- 6) Peningkatan TIK.
- 7) Atelektasis.
- 8) Kontraktur.
- 9) Disritmia jantung.
- 10) Malnutrisi.
- 11) Gagal napas.
- 12) Dekubitus.

2.1.6 Patofisiologi

1) Skema



Gambar 2.1 Patofisiologi (Syamsudin, 2023)

Uraian

Stroke iskemik diawali oleh adanya berbagai faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, kebiasaan merokok, gaya hidup tidak sehat, usia, jenis kelamin, serta faktor keturunan. Faktor-faktor tersebut menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah yang memicu terjadinya aterosklerosis, yaitu penumpukan plak lemak pada dinding arteri. Aterosklerosis menyebabkan pembuluh darah menyempit dan kehilangan elastisitas sehingga aliran darah ke otak menjadi terganggu.

Penyempitan pembuluh darah yang berlangsung terus-menerus dapat memicu terbentuknya trombus serebral yang menempel pada dinding pembuluh darah. Trombus ini menyebabkan penyumbatan pembuluh darah otak sehingga suplai darah dan oksigen ke jaringan otak menurun. Kondisi hipoksia dan iskemia yang terjadi mengakibatkan kerusakan sel-sel otak dan memicu terjadinya stroke iskemik.

Akibat kerusakan jaringan otak, pasien mengalami defisit neurologis yang bermanifestasi dalam berbagai gangguan fungsi tubuh. Defisit tersebut meliputi gangguan motorik berupa kelemahan atau kelumpuhan yang menyebabkan gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri, gangguan menelan yang berisiko menimbulkan defisit nutrisi serta bersihan jalan napas tidak efektif,

serta gangguan fungsi bahasa dan komunikasi seperti afasia, disartria, dan apraksia yang mengakibatkan gangguan komunikasi verbal.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis klien stroke meliputi:

1) Non Pembedahan

- a) Terapi antikoagulan. Kontraindikasi pemberian terapi antikoagulan pada klien dengan riwayat ulkus, uremia dan kegagalan hepar. Sodium heparin diberikan secara subkutan atau melalui IV drip.
- b) *Phenytonin* (Dilantin) dapat digunakan untuk mencegah kejang.
- c) *Enteriscoated*, misalnya aspirin dapat digunakan untuk lebih dulu untuk menghancurkan trombotik dan embolik.
- d) *Epsilon-aminocaproic acid* (Amicar) dapat digunakan untuk stabilkan bekuan diatas aneurisma yang ruptur.
- e) *Calcium channel blocker* (Nimodipine) dapat diberikan untuk mengatasi vasospasme pembuluh darah.

2) Pembedahan

- a) Superior temporal arteri-middle serebral arteri anastomosis dengan melalui daerah yang tersumbat dan menetapkan kembali aliran darah pada daerah yang dipengaruhi.
- b) Karotid endarterektomi untuk mengangkat plaque atherosclerosis (Ixora et al., 2024).

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Membedakan jenis patologi stroke (perdarahan atau iskemik atau infark), dapat dilakukan segera mungkin pemeriksaan CT-Scan kepala (sebagai pemeriksaan baku emas). Apabila pemeriksaan CT-Scan tidak memungkinkan dengan berbagai alasan, dapat dipakai Algoritma Stroke Gajah Mada (ASGM) yang telah diuji reliabilitas dan validitasnya (grade I). ASGM terdiri dari 3 variabel, yaitu, nyeri kepala pada waktu saat serangan, penurunan kesadaran pada waktu saat serangan dan refleks Babinski. Apabila ada tiga atau dua variabel tersebut, maka jenis patologi stroke adalah stroke perdarahan. Apabila ada nyeri kepala atau penurunan kesadaran pada saat serangan, maka jenis patologi stroke adalah stroke perdarahan. Stroke iskemik atau infark, apabila tidak ada ketiga variabel tersebut pada saat serangan.

Pemeriksaan CT-Scan adalah mutlak dilakukan apabila akan dilakukan pengobatan dengan pengobata trombolitik (rtPA intravenus). Kalau keadaan memungkinkan dapat dilakukan pemeriksaan MRI. Dengan pemeriksaan MRI dapat dilihat lesi kecil (yang tidak terlihat dengan pemeriksaan CT-Scan) di kortikal, subkortikal, batang otak dan serebelum. Juga dapat terlihat lesi teritori vaskuler dan iskemik akut lebih awal. Setelah dilakukan pemeriksaan CT-Scan atau ASGM untuk mengetahui severitas stroke dan prognosis stroke dilakukan pemeriksaan Skala Stroke Gajah Mada (SSGM), yang diuji reliabilitas dan validitasnya (*grade I*).

Pemeriksaan-pemeriksaan lain:

1) Pemeriksaan jantung

Pemeriksaan kardiovaskuler klinis dan pemeriksaan 12-lead ECG harus dikerjakan pada semua penderita stroke. Biasanya dilakukan selama 48 jam sejak kejadian stroke. Kelainan jantung sering terjadi pada penderita stroke dan penderita dengan kondisi gangguan jantung akut harus segera ditanggulangi. Sebagai contoh penderita infark miokard akut dapat menyebabkan stroke, sebaliknya stroke dapat pula menyebabkan infark miokard akut. Sebagai tambahan, aritmia kardis dapat terjadi pada penderita-penderita stroke iskemik akut. Fibrilasi atrial, sangat potensial untuk terjadi stroke, dapat terdeteksi awal. Monitor jantung sering dilakukan setelah terjadi stroke untuk menapis aritmia jantung serius.

2) Pemeriksaan tekanan darah

Pemeriksaan tekanan darah adalah wajib dilakukan rutin setiap hari, karena hipertensi adalah faktor risiko utama terjadi stroke.

3) Pemeriksaan paru

Pemeriksaan klinis paru dan foto rontgen toraks adalah pemeriksaan rutin yang harus dikerjakan.

4) Pemeriksaan laboratorium darah

Beberapa pemeriksaan rutin darah dikerjakan untuk mengidentifikasi kelainan sistemik yang dapat menyebabkan terjadi stroke atau untuk melakukan pengobatan spesifik pada stroke. Pemeriksaan tersebut

adalah kadar gula darah, elektrolit, haemoglobin, angka erosit, angka leukosit, KED, angka platelet, waktu protrombin, activated partial thromboplastin time, fungsi hepar dan fungsi ginjal. Pemeriksaan analisis gas darah dilakukan apabila dicurigai ada hipoksia. Pemeriksaan cairan otak dilakukan apabila dicurigai stroke perdarahan subarakhnoid dan pada pemeriksaan CT-Scan tidak terlihat ada perdarahan subarakhnoid. Pada penderita tertentu dilakukan pemeriksaan tambahan, sebagai berikut, protein C, cardiolipin antibodies, homocystein dan vasculitis-screening (ANA, lupus AC).

5) Pemeriksaan EEG

Pemeriksaan EEG dilakukan apabila terjadi kejang, dan kejang pada penderita stroke adalah kontraindikasi pemberian rtPA.

6) Vascular imaging

Doppler-and duplexsonography of extracranial and intracranial arteries digunakan untuk mengidentifikasi oklusi atau stenosis arteria. Juga dipakai untuk monitor efek pengobatan thrombolitik dan dapat menolong menentukan prognosis. Kalau memungkinkan dapat juga dilakukan pemeriksaan magnetic resonance angiography dan CT angiography untuk memeriksa oklusi atau stenosis arteria. Untuk memonitor kardioemboli dilakukan pemeriksaan transthoracic and transoesophageal echocardiography. Biasanya dilakukan setelah 24 jam serangan stroke. Semua pemeriksaan klinis, pemeriksaan

radiologis dan pemeriksaan laboratorium darah direkomendasi oleh European Stroke Initiative (EUSI), Recommendations 2003 dan Guidelines for Early Management of Patient With Ischemic Stroke. A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association, 2003 (grade 1) dalam (Maria, 2021).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan CVA *Infark*

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan teknik pengumpulan data selama proses keperawatan dalam memperoleh informasi yang menunjang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. (Silvana, 2023).

1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor registrasi, diagnose medis (Kusyani, 2022) .

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien stroke iskemik biasanya muncul ketika sudah terjadi gangguan fungsi neurologis. Gejala yang umum ditemukan antara lain kelemahan satu sisi tubuh, bicara tidak jelas atau pelo, kesulitan berkomunikasi, kejang, sakit kepala berat, nyeri otot, kaku kuduk, nyeri punggung, penurunan kesadaran (GCS < 15), ekstremitas terasa dingin, serta tampak ekspresi takut

serta dan pasien memerlukan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene, ditandai dengan kondisi seperti bibir pecah atau berdarah, bau badan, rambut berbau, kuku tangan maupun kaki yang kotor, bau mulut, serta kulit yang tampak kering.

b) Riwayat penyakit sekarang

Stroke Iskemik biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari pasien, biasanya di temukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemas, terdapat nyeri kepala, mual, muntah, serta kejang sampai tidak sadar.

c) Riwayat penyakit dahulu

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

d) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita Hipertensi, DM, atau riwayat Stroke dari generasi terdahulu.

e) Riwayat psikososial

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

3) Pemeriksaan Pola kesehatan :

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

Terdapat kelemahan, kehilangan sensori atau *paralise/hemiplegi*, beraktivitas.

e) Pola tidur

Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot.

f) Pola hubungan dan peran

Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran perhubungan. 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

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

j) Pola penanggulangan stres

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 (Kusyani, 2022).

4) 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 (Kusyani, 2022).

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, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat.

- (1) Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidak simetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).
- (2) Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).
- (3) Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.
- (4) Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).
- (5) Mulut: Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

b) Dada/Thorak

- (1) Pemeriksaan sistem pernafasan
 - (a) Inspeksi : Kesimetrisan bentuk dan pergerakan dada, terdapat pulsi jantung atau tidak.
 - (b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

(c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.

(d) Auskultasi : Pernafasan pada pasien CVA kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan.

(2) Pemeriksaan jantung

(a) Inpeksi : iktus kardus tidak terlihat.

(b) Perkusi: pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.

(c) Palpasi : tidak ada pembesaran hepar.

(d) 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.

c) Abdomen

(1) Inpeksi : Kesimetrisan abdomen terdapat lesi atau edema.

(2) Auskultasi : Terdengar bising usus biasanya pada pasien stroke bising usus tidak normal.

(3) Perkusi ; Terdengar bunyi timpani..

(4) Palpsi: Tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran.

d) Genetalia : Biasanya pasien stroke terpasang kateter.

e) Ekstremitas :

(1) Atas

CRT normal < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (Aksesorius) : pasien tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, saat siku ditekuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi reflek bicep (-). Sedangkan pada pemeriksaan refleks Hoffman tromner jari tidak mengembang ketika diberi reflek Hoffman tromner (+).

(2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kiri pasien fleksi bluedzensky (+). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang reflek babinsky (+). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon reflek Caddok (+). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawa biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi reflek Openheim (+) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa reflek Gordon (+). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan reflek Patella (+).

f) Saraf kranial

(1) *Nervus I (Olfaktorius)* : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang

diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda.

- (2) *Nervus II (Optikus)* : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.
- (3) *Nervus III (Okulomotoris)* : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan *anisokor*, *palpebra* dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.
- (4) *Nervus IV (Trochlearis)* : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.
- (5) *Nervus V (Trigeminus)* : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.
- (6) *Nervus VI (Abducens)* : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.
- (7) *Nervus VII (Facialis)* : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
- (8) *Nervus VIII (Vestibulococlearis)* : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada

dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

- (9) *Nervus IX (Glossofaringeus)* : *ovule* yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.
- (10) *Nervus X (Vagus)* : kemampuan menelan klien tidak baik, otot-otot faring dan laring mengalami kelemahan
- (11) *Nervus XI (Asesorius)* : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.
- (12) *Nervus XII (Hipoglossus)* : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah Kesehatan. Dari hasil penelitian (Imelda,2022) dengan judul Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA infark di ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Muncul dua diagnosa yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dan Gangguan Mobilitas Fisik. Diagnosa berdasarkan SDKI :

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

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

Penyebab :

Fisiologis

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Subjektif	Objektif
<i>tidak tersedia</i>	1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk. 3. Sputum berlebih. 4. Mengi, wheezing dan / atau ronkhi kering.

5. Mekonium di jalan nafas pada Neonatus.

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2. 2 Gejala dan Tanda Minor Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Subjektif	Objektif
1. Dipnea	1. Gelisah
2. Sulit bicara	2. Sianosis
3. Ortopnea	3. Bunyi napas menurun
	4. Frekuensi napas berubah
	5. Pola napas berubah

Kondisi Klinis Terkait

- a. Gullian barre syndrome
- b. Sklerosis multipel
- c. Myasthenia gravis
- d. Prosedur diagnostik (Bronkoskopi, transesophageal echocardiography (TEE)).
- e. Depresi sistem saraf pusat
- f. Cedera kepala
- g. Stroke
- h. Kuadriplegia
- i. Sindrom aspirasi mekonium
- j. Infeksi saluran napas

2) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Faktor Risiko :

- a) Keabnormalan masa protrombin 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) iperkolesteronemia
- p) Hipertensi
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut

- v) Sindrom sick sinus
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi trombolitik
- y) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Stroke
- b) Cedera kepala
- c) Aterosklerotik aortic
- d) Infark miokard akut
- e) Diseksi arteri
- f) Embolisme
- g) Endocarditis infeksi
- h) Fibrilasi atrium
- i) Hiperkolesterolemia
- j) Hipertensi
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravascular diseminata
- m) Miksoma atrium
- n) Neoplasma otak
- o) Segmen ventrikel kiri akinetik
- p) Sindrom sick sinus
- q) Stenosis karotid
- r) Stenosis mitral

- s) Hidrosefalus
- t) Infeksi otak (mis. Meningitis, ensefalitis, abses serebri)

3) **Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)**

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

Penyebab :

- a) Lesi menempati ruang (mis. space-occupying lesion – akibat tumor, abses)
- b) Gangguan metabolisme (mis. akibat hiponatremia, ensefalotapi uremikum, ensefalopati hepatikum, ketoasidosis diabetik, septikemia)
- c) Edema serebral (mis. akibat cedera kepala [hematoma epidural, hematoma subdural, hematoma subarachnoid, hematoma intraserebral], stroke hemoragik, hipoksia, ensefalopati iskemik, pascaoperasi)
- d) Peningkatan tekanan vena (mis. akibat trombosis sinus vena serebral, gagal jantung, trombosis/obstruksi vena jugularis atau vena kava superior)
- e) Obstruksi aliran cairan serebrospinalis (mis. hidrosefalus)
- f) Hipertensi intrakranial idiopatik

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2. 4 Gejala dan Tanda Minor Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Gelisah 2. Agitasi 3. Muntah (tanpa disertai mual) 4. Tampak lesu/lemah 5. Fungsi kognitif terganggu 6. Tekanan Intra Kranial TIK) >20mmHg 7. Papiledema 8. Postur desebrasi (ektensi)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Cedera kepala
- b) Iskemik serebral
- c) Tumor serebral
- d) Hidrosefalus
- e) Hematoma kranial
- f) Pembentukan arteriovenous

- g) Edema vasegenik atau sitotoksik serebral
- h) Hiperemia
- i) Obstruksi aliran vena

4) **Gangguan Komunikasi Vebral (D. 0119)**

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

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Komunikasi Verbal

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan Respon Tidak Sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor Gangguan Komunikasi Verbal

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

Kondisi Klinis Terkait

- a. Stroke
- b. Cidera Kepala
- c. Trauma Wajah
- d. Peningkatan tekanan intracranial
- e. Hipoksia kronis
- f. Tumor
- g. Miastenia gravis
- h. Sklerosis multiple
- i. Distropi muskuler
- j. Penyakit Alzheimer
- k. Kuadriplegia
- l. Labiopalatoskizis
- m. Infeksi laring
- n. Fraktur rahang
- o. Skizofrenia
- p. Delusi
- q. Paranoid
- r. Autis

5) **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 nutrient
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2. 7 Gejala dan Tanda Mayor Defisit Nutrisi

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.8 Gejala dan Tanda Minor Defisit Nutrisi

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

Kondisi Klinis Terkai:

- a) Stroke
- b) Parkinson

- c) Mobius syndrome
- d) Cerebral palsy
- e) Cleft lip
- f) Cleft palate
- g) Amyotrophic lateral sclerosis
- h) Kerusakan neuromuskular
- i) Luka bakar
- j) Kanker k) Infeksi
- l) AIDS
- m) Penyakit Crohn's
- n) Enterocolitis
- o) Fibrosis kistik

6. Gangguan Mobilitas Fisik (D0054)

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan lebih ekstremitas secara mandiri

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi

- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia n)
Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensoripersepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Mobilitas Fisik

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. merasa cemas saat bergerak	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terbatas 3. Fisik Lemah

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Stroke
- b) Cedera medulla spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis

7. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.11 Gejala dan Tanda Mayor Defisit Perawatan Diri

Subjektif	Objektif
Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian atau makan atau ke toilet atau berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Stroke
- b) Cedera mendula spinalis
- c) Depresi
- d) Arthritis rheumatoid
- e) Retardis mental

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan klien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan klien secara spesifik (Kusyani, 2022). Berdasarkan diagnose di atas penulis membuat intervensi keperawatan menurut SDKI, SIKI dan SLKI (PPNI, 017). Perencanaan keperawatan dari diagnosa yang muncul mengenai penyakit Stroke Iskmik sebagai berikut :

Tabel 2. 12 Intervensi keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kreteria Hasil	Intervensi
	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan bersihan jalan napas tidak efektif dengan kriteria hasil : (Bersihan Jalan Napas L. 01001) 1. batuk efektif meningkat 2. produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 5. Dispnea membaik 6. Ortopnea membaik 7. Sulit bicara membaik 8. Sianosis membaik	Manajemen Jalan Napas Buatan (I.01012) Observasi : 1. Monitor posisi selang endotrakeal (ETT), terutama setelah mengubah posisi 2. Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam 3. Monitor kulit area stoma trakeostomi (mis. Kemerahan, drainase, perdarahan) Terapeutik : 4. Pasang oropharyngeal airway (OPA) untuk mencegah ETT tergigit 5. Kurangi tekanan balon secara periodik tiap shift 6. Cegah ETT terlipat (kinking) 7. Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 kali ventilasi) sebelum dan setelah penghisapan 8. Berikan volume pre-oksigenasi (bagging atau ventilasi mekanik) 1,5 kali volume tidal 9. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan (bukan secara berkala/rutin) 10. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan (bukan secara berkala/rutin) 11. Ganti fiksasi ETT setiap 24 jam 12. Ubah posisi ETT secara bergantian (kiri dan kanan) setiap 24 jam

13. Lakukan perawatan mulut (mis. dengan sikat gigi, kasa, pelembap bibir)

14. Lakukan perawatan stoma trakeostomi

Edukasi

15. Jelaskan pasien dan/atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan napas buatan

Kolaborasi

16. Kolaborasi Intubasi ulang jika terbentuk mucous plug yang tidak dapat dilakukan penghisapan

Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan risiko perfusi serebral tidak efektif dengan kriteria hasil : (Perfusi Serebral L.02014) 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Tekanan intrakranial menurun 4. Sakit kepala menurun 5. Gelisah menurun 6. Kecemasan menurun 7. Agitasi menurun 8. Demam menurun 9. Kesadaran membaik 10. Tekanan darah sistolik membaik 11. Tekanan darah diastolik membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pemapasan 11. Monitor intake dan output cairan 12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik 13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
--	---	---

	12. Reflek saraf membaik	14. Berikan posisi semi Fowler 15. Hindari manuver Valsava 16. Cegah terjadinya kejang 17. Hindari penggunaan PEEP 18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 19. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal 20. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 21. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, Jika perlu 22. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 23. Kolaborasi pemberian Pelunak tinja, jika perlu
Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan penurunan kapasitas adaptif intracranial dengan kriteria hasil : (Kapasitas Adaptif Intrakranial L.06049) 1. Tingkat Kesadaran Meningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisa menurun 5. Agitasi menurun 6. Muntah menurun 7. Bradikaria membaik 8. Tekanan darah membaik 9. Tekanan nadi membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) Observasi : 1. Identifikasi penyebab penigkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pemapasan 11. Monitor intake dan ouput calran

-
- 10. Pola Nafas membaik
 - 11. Respon pupil membaik
 - 12. Refleks neurologi membaik

- 12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi)

Terapeutik

- 13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 14. Berikan posisi semi Fowler
- 15. Hindari manuver Valsava
- 16. Cegah terjadinya kejang
- 17. Hindari penggunaan PEEP
- 18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- 19. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
- 20. Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

- 21. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, Jika perlu
- 22. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- 23. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

Promosi komunikasi deficit bicara (I.13492) Observasi

- 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)
- 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

- 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
-

-
6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau tau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien
 9. Berikan dukungan psikologis
 10. Gunakan juru bicara, jika perlu

Edukasi

11. Anjurkan berbicara perlahan
12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Kolaborasi

13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

Defisit Nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan defisit nutrisi dengan kriteria hasil : (Status Nutrisi L.03030)	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi
	1. Porsi makanan dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT)	1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

	membaik	8. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 9. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 10. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 11. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 12. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 13. Berikan suplemen makanan, jika perlu 14. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 15. Anjurkan posisi duduk, jika mampu, 16. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dengan kriteria hasil : (Mobilitas Fisik L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

-
9. Anjurkan melakukan ambulasi dini
 10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
-

**Defisit Perawatan Diri
(D.0109)**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan Defisit perawatan diri dengan kriteria hasil :
(Perawatan Diri L.11103)

1. Kemampuan mandi meningkat
 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
 3. Kemampuan makan meningkat
 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat
 5. Verbelisasi keinginan meningkat
 6. Melakukan perawatan diri meningkat
 7. Minat dilakukan perawatan diri meningkat
-

Dukungan perawatan diri (11348) Observasi

1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
 2. Monitor tingkat kemandirian
 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
- Terapeutik
4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi)
 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
 7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
- Edukasi
9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
-

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapinya, status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan sesuai rencana keperawatan yang telah ditentukan (Tussyadiah, 2023).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Ernawati (2019), evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi dalam pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi
- 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian
- 3) Tujuan tidak tercapai/masalah belum teratasi.

Menurut Nahak (2023) terdapat 2 jenis evaluasi keperawatan, yaitu :

1. Evaluasi Formatif (Evaluasi Proses)

Evaluasi yang dilakukan selama proses pemberian asuhan keperawatan berlangsung. Tujuannya adalah untuk menilai respon segera dari pasien setelah suatu tindakan

dilakukan, sehingga perawat bisa langsung memodifikasi atau menyesuaikan rencana keperawatan jika diperlukan.

2. Evaluasi Sumatif (Evaluasi Hasil)

Evaluasi yang dilakukan di akhir seluruh rangkaian asuhan keperawatan (misalnya saat pasien akan pulang atau pindah ruangan). Tujuannya adalah untuk menilai apakah tujuan jangka panjang dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan secara keseluruhan sudah tercapai atau belum.

2.2.2 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapinya, status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan sesuai rencana keperawatan yang telah ditentukan (Tussyadiah, 2023).

2.2.3 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu:

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan yang pasien rasakan atau ungkapkan(apa saja yang dikatakan pasien, keluarga pasien dan orang terdekat pasien)
- 2) O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium,diraba, dandiukur oleh perawat
- 3) A (Analisis) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentangkondisi pasien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untukmengatasi masalah pasien.

Menurut Ernawati (2019). Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi dalam pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

1. Tujuan tercapai/masalah teratasi
2. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian
3. Tujuan tidak tercapai/masalah belum teratasi.