

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Stroke

2.1.1 Definisi

Menurut *World Health Organization* (WHO), Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain *vaskuler*. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan (Kemenkes RI, 2019).

Stroke adalah penyakit bagian neurologi atau sistem persyarafan yang terjadi secara cepat dan juga secara tiba-tiba penyebabnya adalah gangguan aliran darah menuju otak. Aliran darah yang terganggu tersebut dibagi menjadi dua macam penyebab yaitu karena terdapat penyumbatan dibagian pembuluh darah atau terjadinya rupture pembuluh darah. Karena adanya aliran yang terhambat tersebut maka mengakibatkan fungsi dari otak itu sendiri mengalami kehilangan dikarenakan terhambatnya suplai darah ke bagian otak (Sari & Ayubbana, 2021).

Stroke non hemoragik yaitu adanya penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti dan merupakan jenis patologi paling umum yang mencakup 80% dari semua jenis stroke yang terjadi (Nurarif & Kusuma, 2016).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Klasifikasi stroke dibagi menjadi dua, yaitu: (Hariyanto, 2015)

1) Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak pada *subarakhnoid* dan *intracerebral*, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran klien yang menurun.

Haryono dan Utami (2019), mengemukakan bahwa berdasarkan penyebabnya stroke hemoragik dibagi menjadi 2 yaitu:

(1) Perdarahan Intracerebral (PIS)/*Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Dalam perdarahan intracerebral, pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak di sekitarnya, sehingga merusak sel-sel otak. Sel-sel otak di luar kebocoran kekurangan darah dan rusak. Tekanan

darah tinggi, trauma, malaformasi vaskular, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan *intra-serebral*.

(2) Perdarahan subaraknoid (PSA)/*Subarachnoid Hemorrhage* (SAH)

Perdarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. *Aneurisma serebral* adalah area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan di arteri. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah. Penyebab *aneurisma serebral* sendiri belum diketahui. Beberapa penderita aneurisma mengalami kondisi ini sejak lahir dengan perkembangan yang sangat lambat.

b) Stroke Non-Hemorogik

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena *iskemik*, *trombosis*, *emboli*, atau penyempitan lumen arteri.

(1) Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Klien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.

(2) *Trombosis*: penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.

(3) *Emboli*: emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak.

(4) Penyempitan lumen arteri: bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2) Stroke berdasarkan perjalanan penyakit (Hariyanto, 2015)

a) TIA (*Transien Iskemic Attack*)

Serangan sepintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam.

b) Stroke involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan lama-kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

c) Stroke komplet

Kondisi stroke yang terjadi gangguan neurologi yang timbul sudah menetap dan permanen. Pada umumnya, diawali karena *Transien Iskemic Attac* yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Stroke disebabkan oleh adanya arteri yang tersumbat pada pembuluh darah otak (stroke non hemoragik). Sekitar 80% kasus stroke adalah stroke non hemoragik, stroke ini terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (Haryono, Utami, & Sari, 2019)

Menurut (Muttaqin, 2008), etiologi atau penyebab Stroke Non Hemoragik terdiri dari:

1) *Thrombosis Cerebral*

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. *Thrombosis* biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah. Trombosis serebri ini disebabkan karena adanya:

a) *Arteriosklerosis*

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

b) *Hyperkoagulasi*

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

c) *Arteritis* (radang pada arteri)

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

2) Emboli

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

- a) Penyakit jantung reumatik
- b) *Infark miokardium*
- c) Fibrilasi dan keadaan aritmia: dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri
- d) *Endokarditis*: menyebabkan gangguan pada *endocardium*

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013) manifestasi klinik stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata

serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolaretal. Pada stroke terdapat gejala klinis yang meliputi:

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota wajah sebelah (*hemiparesis*) atau *hemiplegia* (*paralysis*) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kotralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisferkanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Klien juga akan kehilangan kontrol otot vulerter dan sensorik sehingga klien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

Tabel 2.1 Skala Kekuatan Otot

Skala	Ciri-ciri
0	Otot tidak mampu bergerak sama sekali, tidak dapat berkontraksi, lengan dan tungkai akan jatuh bila dilepaskan, 100% pasif.
1	Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh.
2	Mampu menahan gravitasi saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh.
3	Dapat menahan gerak, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan dari pemeriksa.
4	Gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan sedikit penahanan (kekuatan kurang).
5	Kekuatan otot penuh.

(Tambunan dan kasim, 2011)

- 3) Penurunan kesadaran (Konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)

Terjadi akibat pendarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) *Afasia* (kesulitan dalam berbicara)

Afasia merupakan defisit pada kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri *middle* serebral kiri. Pembagian afasia ada 3 bagian yaitu afasia motorik, sensorik, dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada Area *Broca*, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini klien dapat memahami lawan bicara tetapi klien tidak dapat mengungkapkan lewat bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada Area *Wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik klien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi klien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon pembicaraan klien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global klien dapat merespon pembicaraan dengan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5) *Disartria* (bicara cadel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian klien

dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6) Gangguan penglihatan, *diplopia*

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

7) *Disfagia*

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

8) *Inkontinensia*

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensyarafi bladder dan bowel.

9) *Vertigo*, mual, muntah dan nyeri kepala

Hal ini terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial, edema.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk klien Stroke menurut Tarwoto (2013) yaitu meliputi:

1) Radiologi

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

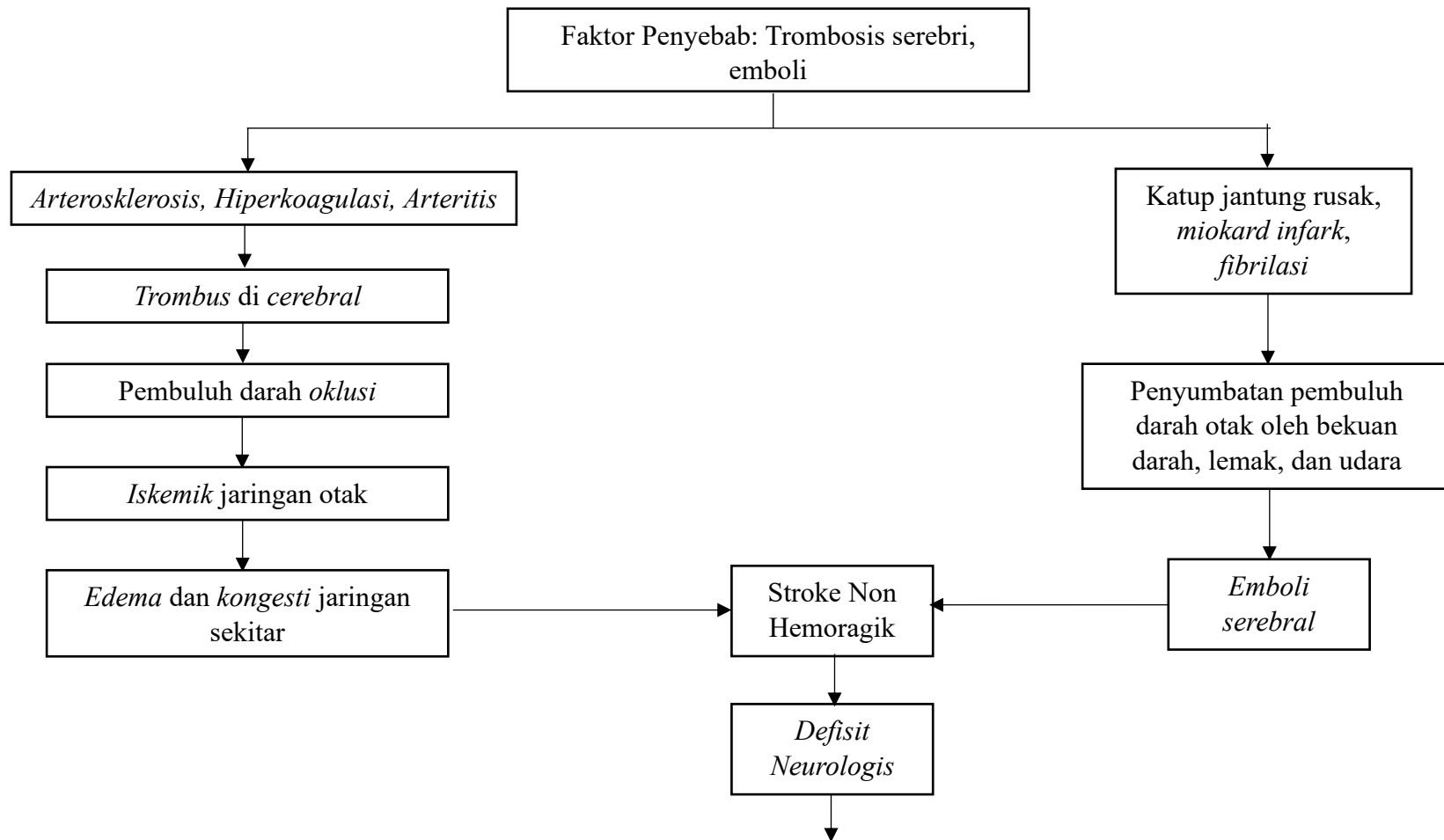
g) *Elektro Kardigram*: Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab.

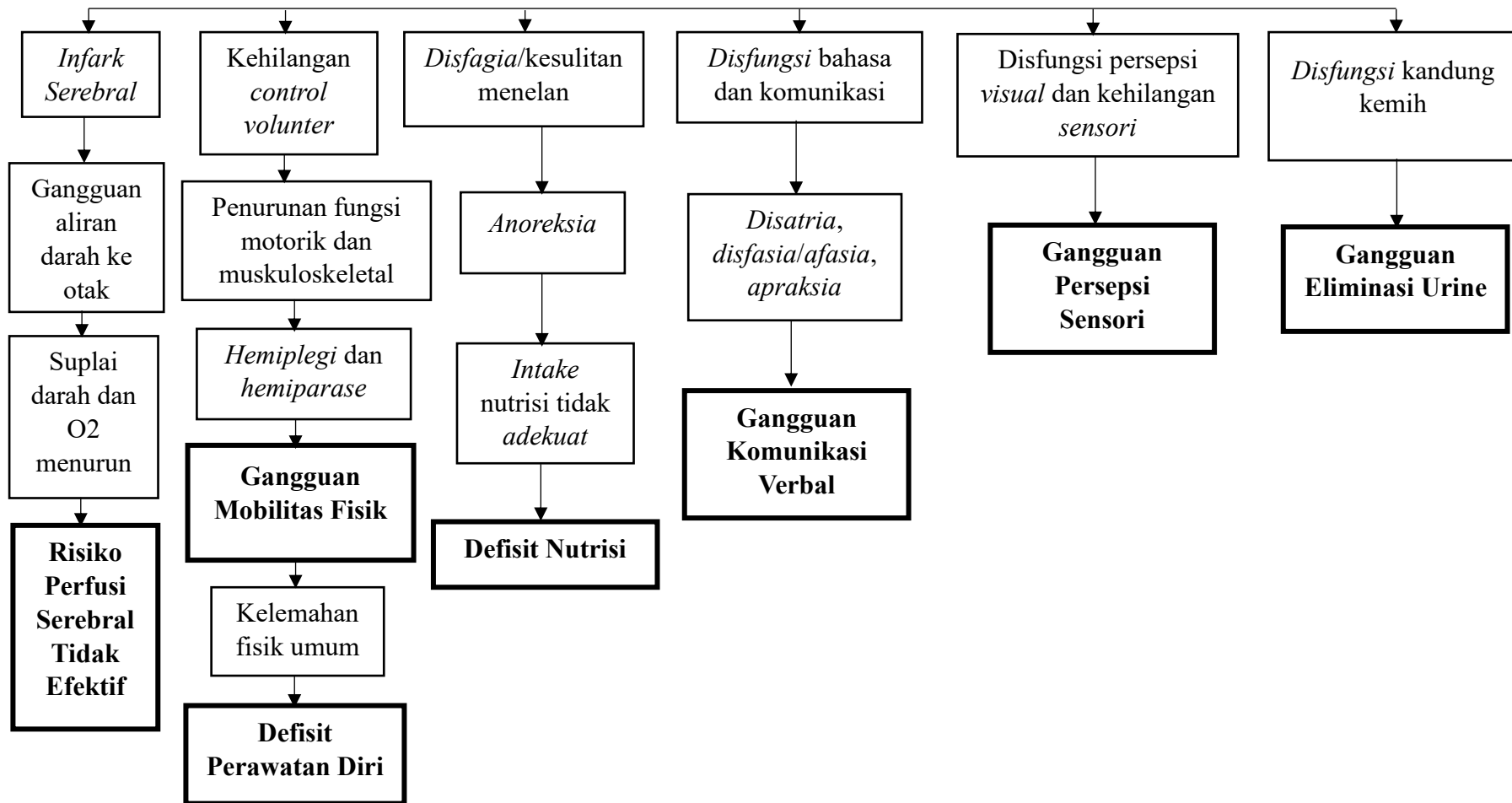
2) Laboratorium

- a) Lumbal Fungsi: Pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (*Xantkhrom*) sewaktu hari pertama.
- b) Pemeriksaan darah rutin: glukosa, elektrolit, ureum kreatin.
- c) Pemeriksaa kimia darah: Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250mg di dalam serum dan kemudian berangsur angsur turun kembali.
- d) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelaianan pada darah itu sendiri.

2.1.6 Patofisiologi

a) Skema





Gambar 2.1 Pathway Stroke Non Hemoragik

(Sumber: Muttaqin, 2008)

b) Uraian

Faktor penyebab terjadinya Stroke Non Hemoragik akibat adanya suplai darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan oleh *trombosis serebri* dan *emboli*. *Trombosis* merupakan pembentukan bekuan atau gumpalan pada arteri. *Emboli* adalah sumbatan pembuluh darah oleh benda asing. Hal tersebut bisa menyebabkan penyumbatan aliran darah ke otak.

Kedua faktor tersebut dapat menimbulkan defisit neurologis (saraf-saraf) di otak. Diantaranya infark serebral yang menyebabkan metabolisme dalam otak terganggu dan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak menurun sehingga muncul gangguan risiko perfusi serebral tidak efektif. Salah satu akibatnya adalah TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstermitas terjadi kehilangan kontrol volunter atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan *hemiparesis* akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki sehingga muncul gangguan mobilitas fisik. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah defisit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (*Activity of Daily Living*). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, *disfasia/afasia*, *disartria*

(kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul gangguan komunikasi verbal.

Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan ataupun pengecap mengakibatkan gangguan persepsi sensori. Pada saluran pencernaan atas mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah defisit nutrisi. Pada saluran bawah mengalami gangguan dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot sfingter sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine (Muttaqin: 2008).

2.1.7 Faktor Risiko

Ada beberapa faktor resiko Stroke menurut Tarwoto (2013) :

1) Tekanan darah tinggi atau hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko yang sering terjadinya srtoke. Sekitar 50-70% kasus stroke disebabkan karena hipertensi. Penurunan diastole 5-6 mmHg dan systole 10-12 mmHg selama 2 sampai 3 tahun akan menurunkan stroke antara 4.5-7% (Anthony Rudd, 2002). Klien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, *arterosclerosis* atau arteri dapat pecah atau ruftur.

2) Penyakit jantung

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

3) Diabetes Melitus

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

4) Hiperkolesterol dan lemak

Kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Disamping itu hiperkolesterol dapat menimbulkan penyakit jantung koroner.

Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada klien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% akan menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan

jumlah terjadinya stroke. Pemberian obat-obat anti kolesterol jenis statin sangat menurunkan terjadinya stroke.

5) Obesitas dan kurang aktivitas

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

6) Usia

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

7) Ras dan keturunan

Stroke lebih sering ditemukan pada kulit putih.

8) Jenis Kelamin

Laki-laki mempunyai kecenderungan lebih tinggi.

9) *Polisitemia*

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

10) Perokok

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

11) Alkohol

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

12) Kontrasepsi oral dan terapi estrogen

Estrogen diyakini menyebabkan peningkatan pembekuan darah sehingga beresiko terjadinya stroke.

13) Riwayat *Transient Ischemic Attacks* (TIA)

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

14) Penyempitan pembuluh darah karotis

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

2.1.8 Komplikasi Stroke

Komplikasi stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya peningkatan tekanan sirkulasi kolateral pada stroke, (Padila, 2012).

Menurut Tarwoto (2013) komplikasi stroke dikelompokkan menjadi:

1) Fase akut

a) *Hipoksia serebral* dan menurunnya aliran darah otak

Tidak adekuatnya suplai darah dan oksigen ke otak menyebabkan otak mengalami *hipoksia*. Otak memiliki fungsi yang sangat banyak, apabila suplai tidak tercukupi akan sangat mengganggu fungsi otak untuk bekerja dan menyebabkan kerusakan. Keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan dengan baik untuk menghindari terjadinya *hipoksia serebral*.

b) Edema serebri

Edema merupakan respons fisiologis terhadap adanya trauma jaringan yang terjadi pada suatu area dimana mengalami *hipoksia* atau *iskemik*, kemudian tubuh berespon dengan meningkatkan aliran darah kesekitar area tersebut menggunakan cara *vasodilatasi* pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstitial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan tekanan *intracranial*

Tekanan *intracranial* dapat meningkat jika bertambahnya *massa* pada otak yang disebabkan perdarahan atau edema otak. Peningkatan tekanan *intracranial* yang tinggi menyebabkan herniasi serebral dan harus segera di tangani karena mengancam kehidupan.

Defisit neurologis seperti gangguan motorik, sensoris, nyeri kepala dan gangguan kesadaran merupakan tanda meningkatnya tekanan *intracranial*.

d) Aspirasi

Tidak adanya reflek batuk membuat klien stroke tidak sadarkan diri/koma rentang terhadap aspirasi.

2) Komplikasi masa pemulihan atau lanjut

- a) Komplikasi sering terjadi akibat imobilisasi: pneumonia, dekubitus, kontraktur, *thrombosis* vena dalam, atrofi, inkontinensia urine dan bowel
- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Nyeri kepala kronis seperti *migraine*, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster.
- d) Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut (Tarwoto, 2013) terbagi atas:

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. *The American Heart Association* sudah menganjurkan

normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan homeostasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara homeostasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.

- (2) Terapi oksigen, klien stroke non hemoragik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah oksimetri.
- (3) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan tekanan intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- (4) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah

- (5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
- (6) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- (7) Kontrol kejang jika ada dengan anti konvulsan, dan cegah resiko injuri
- (8) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (9) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan
- (10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks

b) Fase rehabilitasi

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

2) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dikompresi atau

pemasangan pintasan vertikulo-peritoneal bila ada hidrocefalus obstruktif akut.

3) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke:

a) Stroke non hemoragik

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

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

b) Stroke hemoragik

(1) Antihipertensi: katropil, antagonis kalsium

(2) Diuretik: manitol 20%, furosemid

(3) Antikolvusan: fenitoin

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

Dermawan (2012) mendefinisikan proses keperawatan sebagai aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut.

Proses keperawatan merupakan teori, ilmu, dan konsep keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi hasil dan intervensi (Herdman et al., 2021).

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis (Tarwoto, 2013).

2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah terjadinya kelemahan anggota gerak di salah satu sisi tubuh secara mendadak, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran (Muttaqin, 2008).

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang

sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Muttaqin, 2008).

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran, disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat anti hipertensi, anti lipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral (Muttaqin, 2008). Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2008).

6) Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

7) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

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

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah (Muttaqin, 2008).

c) Pola eliminasi

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

d) Pola Aktivitas dan *Personal Hygiene*

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

e) Pola tidur dan istirahat

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

f) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan berbicara (Tarwoto, 2013).

g) Pola kognitif dan sensori

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Tarwoto, 2013).

h) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Tarwoto, 2013).

i) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, *antagonis histamine* (Tarwoto, 2013).

j) Pola mekanisme koping

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi (Tarwoto, 2013).

k) Pola nilai dan kepercayaan

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

8) Pemeriksaan fisik

a) Kesadaran umum

Biasanya pada klien stroke mengalami tingkat kesadaran: klien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (*samnolen*), klien acuh tak acuh terhadap lingkungan (*apatis*), mengantuk yang dalam (*sopor*), sopor coma, hingga penurunan kesadaran (*coma*), dengan GCS <12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan *composmentis* dengan GCS 13-15.

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Biasanya klien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan *systole* >140 dan *diastole* >80 (Sulistyawati, 2020)

(2) Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit (Sulistyawati, 2020)

(3) Pernafasan

Pernafasan pada klien stroke non hemoragik biasanya mengalami gangguan bersihan jalan napas (Sulistyawati, 2020).

(4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada klien dengan stroke non hemoragik (Sulistyawati, 2020)

c) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Rambut: Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien stroke non hemoragik (Sulistyawati, 2020)

(2) Muka: Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh atau nervus fasialis) (Muttaqin, 2008).

(3) Mata: Ketajaman penglihatan (*visus*) pada mata mengalami penurunan penglihatan (Muttaqin, 2008).

- (4) Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Muttaqin, 2008). Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda. Pada nervus VIII (vetibulokoklearis): biasanya pada klien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan hidung.
- (5) Mulut dan gigi: Biasanya pada klien apatis, sopor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya ovule yang terangkat tidak simetris, mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan klien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglosus): biasanya klien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.
- (6) Telinga: Biasanya pendengaran ada tinitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga) (Muttaqin, 2008).

(7) Leher: biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi (Sinta, 2011)

d) Pemeriksaan dada

Pemeriksaan dada pada klien stroke meliputi:

(1) Pemeriksaan Paru-paru

- (a) Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan
 - (b) Palpasi : biasanya vokal fremitus sama antara kiri dan kanan
 - (c) Perkusi : biasanya bunyi normal sonor
 - (d) Auskultasi : biasanya suara normal vesikuler
- (Sulistiyawati, 2020)

(2) Pemeriksaan jantung

- (a) Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat
 - (b) Palpasi : biasanya iktus kordis teraba
 - (c) Perkusi : biasanya batas jantung normal
 - (d) Auskultasi : biasanya suara vesikuler
- (Sulistiyawati, 2020)

e) Pemeriksaan abdomen

- (1) Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites
- (2) Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar
- (3) Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

(4) Auskultasi : biasanya terjadi penurunan peristaltik (5-35 x/menit)

(Sulistiyawati, 2020)

f) Pemeriksaan payudara

Umumnya tidak ada kelainan payudara pada klien stroke (Doenges & Marilyn, 2000).

g) Pemeriksaan genetalia, anus

Terkadang terdapat inkontinensia atau retensio urine (Doenges & Marilyn, 2000).

h) Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

i) Pemeriksaan refleks

Refleks fisiologis, seperti refleks bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles dan refleks patologis, seperti refleks plantar (Babinski) dan chaddock mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Misbach, 1999) dalam (Sinta, 2011)

j) Pemeriksaan integumen

Jika klien kekurangan 02 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali >2 detik). Disamping itu juga perlu dikaji tanda-

tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus *bed rest* (Sinta, 2011).

k) Muskuloskeletal

Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparese) (Muttaqin, 2008).

l) Pemeriksaan neurologis

(1) Nervus I Olfaktorius: terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda.

(2) Nervus II Optikus: kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang (Muttaqin, 2008).

(3) Nervus III Okulomotorius: diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.

(4) Nervus IV Trochlearis: Secara teori pada klien stroke kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial (Muttaqin, 2008).

- (5) Nervus V Trigemini: 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 Abducent: Secara teori kelainan pada paralisis nervus abducent menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior (Muttaqin, 2008)
- (7) Nervus VII Facialis: Gangguan nervus facialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah (Muttaqin, 2008).
- (8) Nervus VIII Vestibulocochlearis: biasanya klien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas
- (9) Nervus IX Glossopharyngeus: Secara teori gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus

glossofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian . Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh (Muttaqin, 2008).

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

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

(12) Nervus XII Hipoglosus: klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara (Muttaqin, 2008).

9) Pemeriksaan penunjang

- a) Pemeriksaan radiologi atau rontegen kepala dan medulla spinalis
- b) Pemeriksaan laboratorium darah
- c) Pemeriksaan foto thorax: untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.

- d) Lumbalpunksi: pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

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

a) Definisi

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

b) Faktor risiko

- (1) Keabnormalan masa protombin dan/atau masa *tromboplastin 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) Koagulasi intravaskuler diseminata
 - (13) *Embolisme*
 - (14) Cedera kepala
 - (15) Hipertensi
 - (16) Hiperkolesteronemia
 - (17) Endokarditis 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) Embolisme
 - (3) Hipertensi

2) 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 neuromuskular
- (13) Indeks masa tubuh diatas prsentil 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

(21) Gangguan sensori persepsi

c) Batasan karakteristik

(1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Mobilitas Fisik

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

(2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.3 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 terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

3) Defisit perawatan diri: makan, mandi, toileting, berhias, dan berpakaian (D.0109)

a) Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

b) Penyebab

1) Gangguan muskuloskeletal

2) Gangguan neuromuskuler

3) Kelemahan

4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik

5) Penurunan motivasi/minat

c) Batasan karakteristik

(1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Mayor Defisit Perawatan Diri

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

(2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Minor Defisit Perawatan Diri

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

(2) Cedera medula spinalis

4) 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 mengabsorbsi nutrient

(4) Peningkatan kebutuhan metabolisme

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

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

c) Batasan karakteristik

(1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Mayor Defisit Nutrisi

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

(2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Minor Defisit Nutrisi

Subjektif	Objektif
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

(a) Stroke

5) 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 neuromuskular

(3) Gangguan pendengaran

(4) Gangguan muskuloskeletal

(5) Kelainan palatum

(6) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)

(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. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

c) Batasan karakteristik

(1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.8 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Komunikasi Verbal

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

(2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Minor Gangguan Komunikasi Verbal

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. <i>Afasia</i> 2. <i>Disfasia</i> 3. <i>Apraksia</i> 4. <i>Disleksia</i> 5. <i>Disartria</i> 6. <i>Afonia</i> 7. <i>Dislalia</i> 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 15. Sulit menyusun kalimat 16. Verbalisasi tidak tepat 17. Sulit mengungkapkan kata-kata

	18. Disorientasi (orang, ruang, waktu) 19. Defisit penglihatan 20. Delusi
--	---

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

(2) Peningkatan tekanan intrakranial

6) 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 penglihatan

(2) Gangguan pendengaran

(3) Gangguan penghiduan

(4) Gangguan perabaan

(5) Hipoksia serebral

(6) Penyalahgunaan zat

(7) Usia lanjut

(8) Pemajanan toksin lingkungan

c) Batasan karakteristik

(1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Persepsi Sensori

Subjektif	Objektif
1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	1. Distorsi sensori
2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecap	2. Respons tidak sesuai
	3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

(2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.11 Gejala dan Tanda Minor Gangguan Persepsi Sensori

Subjektif	Objektif
1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar-mandir 8. Bicara sendiri

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan VI akibat stroke, aneurisma intracranial, trauma/tumor otak.

7) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

a) Definisi

Disfungsi eliminasi urine

b) Penyebab

- (1) Penurunan kapasitas kandung kemih
- (2) Iritasi kandung kemih
- (3) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- (4) Efek tindakan medis dan diagnostik
- (5) Kelemahan otot pelvis
- (6) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi)
- (7) Hambatan lingkungan
- (8) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- (9) *Outlet* kandung kemih tidak lengkap

(10) Imaturitas

c) Batasan karakteristik

(1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.12 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Eliminasi Urine

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih (urgensi)	1. Distensi kandung kemih
2. Urine menetes (dribbling)	2. Berkemih tidak tuntas (hesitancy)
3. Sering buang air kecil	3. Volume residu urine meningkat
4. Nokturia	
5. Mengompol	
6. Enuresis	

(2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.13 Gejala dan Tanda Minor Gangguan Eliminasi Urine

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016).

Berikut merupakan penjabaran intervensi Sumber: (Nurarif Huda, 2016), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) & Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019)

1) Diagnosa 1 : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

Kriteria hasil :

- a) Tingkat kesadaran: meningkat
- b) Kognitif: meningkat
- c) Sakit kepala: menurun

- d) Gelisah: menurun
- e) Kecemasan: menurun
- f) Tekanan arteri rata-rata: membaik
- g) Tekanan intrakranial: membaik
- h) Tekanan darah sistolik: membaik
- i) Tekanan darah diastolik: membaik
- j) Refleks saraf: membaik

Tabel 2.14 Rencana Tindakan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) 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 (<i>mean arterial pressure</i>) 4) Monitor CVP (central venous pressure), monitor PAWP, monitor PAP, monitor ICP (intra cranial pressure), monitor CPP (cerebral perfusion pressure), monitor gelombang ICP jika perlu 5) Monitor status pernapasan 6) Monitor intake dan output cairan 7) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 8) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 9) Berikan posisi semi fowler 10) Hindari manuver valsava 11) Cegah terjadinya kejang 12) Pertahankan suhu tubuh normal	Observasi 1) Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2) Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK 3) Menghitung tekanan rata-rata arteri, menggambarkan perfusi rata-rata dari peredaran darah sistemik untuk menjamin perfusi otak, perfusi arteri koronaria dan perfusi ginjal tetap terjaga 4) Untuk pemantauan peningkatan tekanan intracranial 5) Pemantauan sesak napas atau henti napas 6) Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah shock hipovolemik 7) Untuk mengetahui cairan yang keluar dari kepala Terapeutik 8) Agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi depresi maka tekanan darah akan naik saat tekanan darah naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan menekan otak yang menyebabkan tekanan intrakranial 9) Memberikan posisi nyaman bagi klien

Kolaborasi 13) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 14) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 15) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	10) Bila ekspirasi paksa dengan menutup bibir dan menutup hidung dapat meningkatkan TIK, manuver valsava dilakukan bila telinga berdenging 11) Kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi shock 12) Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal Kolaborasi 13) Sebagai terapi anti kejang 14) Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung 15) Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan
---	---

2) Diagnosa 2 : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Kriteria hasil:

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

Tabel 2.15 Rencana Tindakan Gangguan Mobilitas Fisik

Rencana Tindakan	Rasional
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	Observasi 1) Untuk mengetahui apakah klien ada keluhan fisik lain. 2) Untuk mengetahui kemampuan klien dalam melakukan aktivitasnya. 3) Untuk mengetahui respon jantung dan tekanan darah setelah ambulasi 4) Mengetahui kondisi klien selama beraktivitas Terapeutik 5) Untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan klien.

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)	6) Sebagai support system agar klien semangat untuk segera pulih. 7) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada klien Edukasi 8) Agar klien dan keluarga klien mengetahui serta melakukan mobilisasi rutin 9) Untuk terapi pemulihan klien 10) Untuk memberikan pengetahuan kepada klien mengenai apa yang harus dilakukan pada ambulasi sederhana
--	---

3) Diagnosa 3 : Defisit perawatan diri: makan, mandi, toileting, berhias, dan berpakaian (D.0109)

Kriteria hasil:

- Kemampuan mandi: meningkat
- Kemampuan makan: meningkat
- Kemampuan mengenakan pakaian: meningkat
- Kemampuan ke toilet (BAB/BAK): meningkat
- Minat melakukan perawatan diri: meningkat

Tabel 2.16 Rencana Tindakan Defisit Perawatan Diri

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri (I.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	Obsevasi 1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu dalam perawatan diri klien Terapeutik 4) Lingkungan yang kondusif dapat memotivasi klien dalam meningkatkan perawatan diri 5) Untuk memfasilitasi klien dalam melakukan perawatan diri

7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10) Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan	6) Untuk mencegah resiko jatuh pada klien saat melakukan perawatan diri 7) Membantu melakukan perawatan diri pada klien agar tetap terjaga kebersihan dirinya 8) Memfasilitasi kemandirian klien, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9) Agar klien melakukan rutinitas secara terjadwal Edukasi 10) Agar klien dapat mandiri dalam melakukan perawatan diri
--	--

4) Diagnosa 4 : Defisit Nutrisi (D.0019)

Kriteria hasil:

- Porsi makanan yang dihabiskan: meningkat
- Kekuatan otot pengunyah: meningkat
- Kekuatan otot menelan: meningkat
- Nyeri abdomen: menurun
- Berat badan: membaik
- Indeks Massa Tubuh: membaik
- Frekuensi makan: membaik
- Nafsu makan: membaik

Tabel 2.17 Rencana Tindakan Defisit Nutrisi

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi makanan yang disukai 3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 4) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 5) Monitor asupan makanan 6) Monitor berat badan	Observasi 1) Untuk mengetahui status nutrisi klien 2) Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan klien 3) Mencukupi kalori sesuai kebutuhan klien dapat membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi 4) Feeding adalah memberikan cairan nutrisi ke dalam lambung

Terapeutik 7) Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan 8) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 9) Berikan makanan tinggi serat, protein, dan kalori Edukasi 10) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 11) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan	klien yang tidak mampu menelan. Membantu pemberian makanan atau obat-obatan kepada klien yang dalam keadaan lemah atau tidak sadar 5) Anoreksia dan kelemahan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang serius 6) Membantu dalam identifikasi malnutrisi protein-kalori pasien. Khususnya bila berat badan kurang dari normal Terapeutik 7) Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan 8) Karena status gizi seseorang menunjukkan seberapa besar kebutuhan fisiologis individu tersebut telah terpenuhi. Keseimbangan nutrisi antara yang masuk dan yang dibutuhkan untuk kesehatan optimal sangatlah penting. 9) Untuk memenuhi kebutuhan protein yang hilang dan membantu meringankan kerja hepar dalam memproduksi protein Edukasi 10) Meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien Kolaborasi 11) Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien dilakukan oleh tenaga profesional yang tepat.
---	--

5) Diagnosa 5 : Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

Kriteria hasil:

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

- g) *Disatria*: menurun
- h) *Pelo*: menurun
- i) Pemahaman komunikasi: membaik

Tabel 2.18 Rencana Tindakan Gangguan Komunikasi Verbal

Rencana Tindakan	Rasional
Promosi komunikasi: Defisit 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) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 4) Berikan dukungan psikologis 5) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/gerakan tubuh) 6) Ulangi apa yang disampaikan pasien 7) Gunakan juru bicara, <i>jika perlu</i> Edukasi 8) Anjurkan berbicara perlahan 9) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 10) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	Observasi 1) Untuk mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2) Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 4) Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri klien 5) Untuk mempermudah dalam komunikasi dengan klien 6) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah 7) Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar Edukasi 8) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah klien dalam berbicara 9) Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar Kolaborasi 10) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

6) Diagnosa 6 : Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Kriteria hasil:

- a) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan:
menurun

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

Tabel 2.19 Rencana Tindakan Gangguan Persepsi Sensori

Rencana Tindakan	Rasional
Minimalisasi rangsangan (I.08241) Observasi: 1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. Nyeri, kelelahan) Terapeutik: 2) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. Bising, terlalu terang) 3) Batasi stimulus lingkungan (mis. Cahaya, suara, aktivitas) 4) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 5) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi: 6) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi: 7) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 8) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	Observasi: 1) Untuk mengetahui faktor yang meningkatkan rangsangan sensori Terapeutik: 2) Dengan berdiskusi dapat mengetahui beban sensori yang dialami 3) Dengan membatasi stimulus lingkungan dapat meminimalisir rasa tidak nyaman 4) Dilakukan agar klien memiliki aktivitas terjadwal sehingga gangguan rangsangan sensori dapat diminalkan 5) Untuk memberikan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan klien Edukasi: 6) Dilakukan untuk memberikan lingkungan yang nyaman dan meminimalkan stimulus Kolaborasi: 7) Untuk mengurangi atau meminimalisasi rangsangan 8) Dilakukan jika klien tidak mampu meminimalkan stimulus yang ada, sehingga diberikan terapi medik

7) Diagnosa 7 : Gangguan Eliminasi Urine (D.0040)

Kriteria hasil:

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

Tabel 2.20 Rencana Tindakan Gangguan Eliminasi Urine

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen eliminasi urine (I.04152) Observasi 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) Terapeutik 4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5) Batasi asupan cairan, jika perlu 6) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur Edukasi 7) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 8) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9) Ajarkan mengambil specimen urine midstream 10) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan	Observasi 1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Untuk mengetahui faktor penyebab utama retensi atau inkontinensia urine dan memberikan penanganan yang sesuai 3) Untuk mengetahui output urine Terapeutik 4) Untuk mengetahui waktu terakhir pasien berkemih 5) Minum yang berlebihan dapat menyebabkan semakin penuh urine di kandung kemih 6) Untuk mengetahui kandungan yang ada dalam urine klien Edukasi 7) Klien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi saluran kemih 8) Klien dan keluarga mengerti cara mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9) Klien dan keluarga mengerti cara mengambil sampel urine tengah 10) Agar klien dapat berkemih pada waktu yang tepat

12) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi 14) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	11) Agar klien mengetahui cara penguatan otot-otot panggul 12) Untuk memfasilitasi kebutuhan cairan klien 13) Agar pola tidur klien tidak terganggu Kolaborasi 14) Untuk menunjang kesembuhan klien
--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al., 2015).

Implementasi adalah suatu tahap pelaksanaan terhadap suatu rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama seorang pasien. Setelah sudah selesai melakukan implementasi, lakukan dokumentasi yang meliputi intervensi yang sebelumnya sudah dilakukan dan tanyakan bagaimana respon pasien (Sarani, 2021).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022). Dokumentasi evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan

perawatan dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Hutahean, 2010 dalam Tokan & Sekunda, 2020).

Tahap evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif): Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat
- 3) A (analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.