

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke menurut WHO adalah suatu gangguan yang terjadi pada fungsi otak dengan adanya tanda klinis yang berlangsung dalam waktu lama yaitu lebih dari 24 jam. Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh putusnya aliran darah ke otak akibat pecahnya pembuluh darah atau tersumbatnya pembuluh darah yang menuju ke otak sehingga berkurangnya energi dan pasokan nutrisi ke otak (Tomm et al., 2017). Sedangkan menurut (Hariyanti et al., 2020) Stroke merupakan gangguan fungsi syaraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.

Stroke iskemik merupakan salah satu penyakit kerusakan jaringan otak yang terjadi akibat dari penumpukan lemak dalam arteri yang pada akhirnya menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah di otak manusia (Nugraha, 2020).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa stroke iskemik adalah kerusakan jaringan otak karena gangguan aliran darah ke otak, sehingga mengalami kekurangan pasokan oksigen ke otak.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

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

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

Sedangkan berdasarkan keadaan patologis stroke iskemik dapat diklasifikasikan menjadi :

- 1) *Stroke thrombosis* 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 Isana (2021), 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

Trombosis 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 degeratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harusberkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Stroke Iskemik 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 Stroke

Menurut Ariana (2020), komplikasi dapat terjadi pada klien stroke, yaitu:

- 1) Hipoksia serebral

Fungsi otak tergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirim ke jaringan. Hipoksia serebral diminimalkan dengan pemberian oksigen,

dan mempertahankan hemoglobin dan hematokrit pada tingkat yang dapat diterima membantu menjaga oksigenasi jaringan.

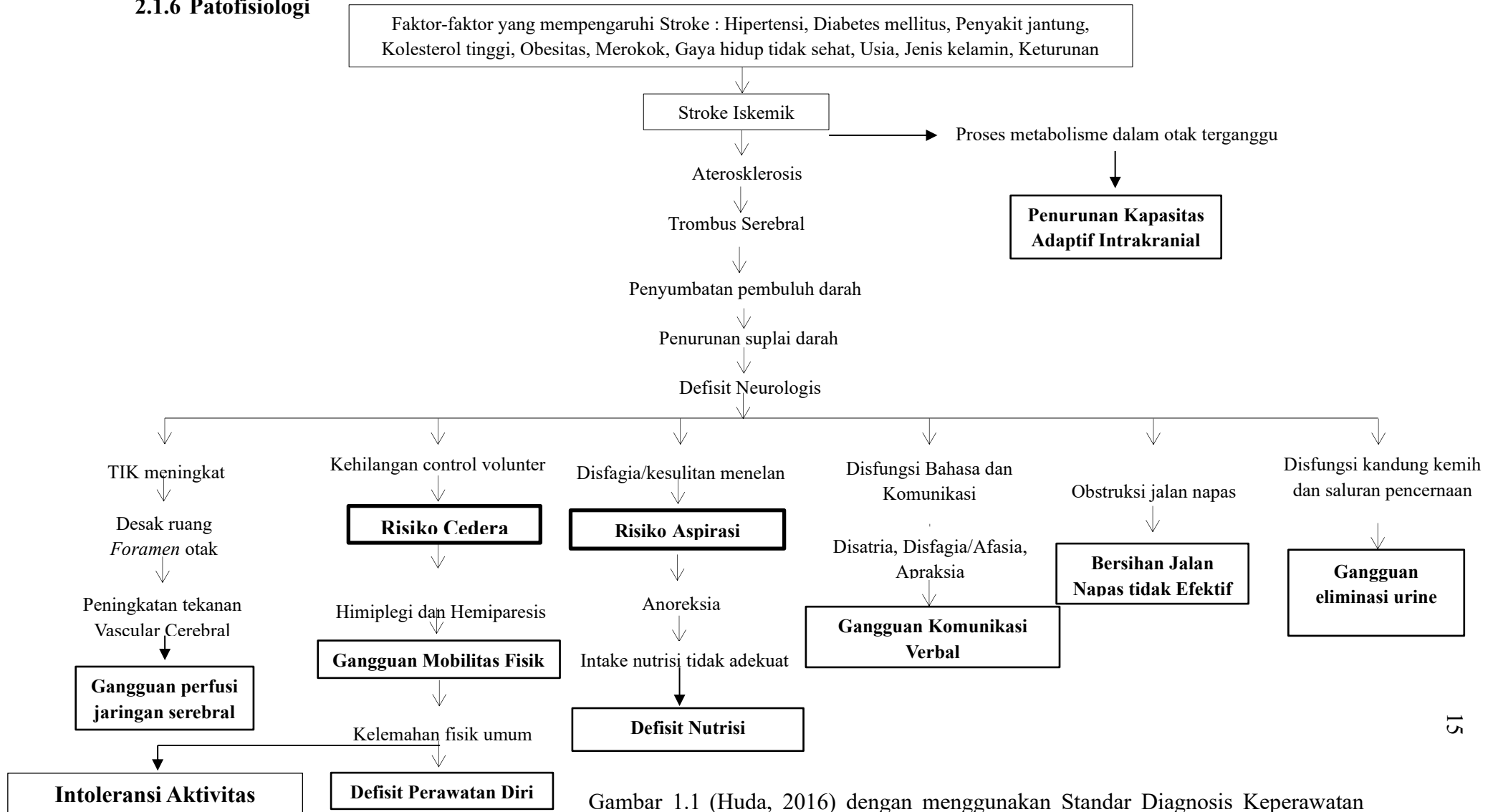
2) Penurunan aliran darah otak

Aliran darah ke otak tergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah otak. Hidrasi yang memadai (cairan intravena) harus memastikan penurunan viskositas darah dan meningkatkan aliran darah otak. Hipertensi atau hipotensi ekstrem harus dihindari untuk mencegah perubahan aliran darah otak dan kemungkinan perluasan area cedera.

3) Emboli serebral

Ini dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau katup jantung prostetik. Emboli mengurangi aliran darah ke otak dan selanjutnya mengurangi aliran darah ke otak. Aritmia dapat menyebabkan curah jantung yang tidak konsisten dan henti 14 rombus lokal. Selain itu, aritmia jantung dapat menyebabkan emboli serebral dan harus diperbaiki.

2.1.6 Patofisiologi



Gambar 1.1 (Huda, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. Faktor terjadinya Stroke Iskemik yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), faktor tersebut dapat menimbulkan defisit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen akibatnya TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral sehingga muncul gangguan perfusi jaringan serebral. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunteer atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis sehingga munculnya masalah gangguan mobilitas fisik . Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah defisit perawatan diri. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada

disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perubahan persepsi sensori. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot fngter sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Made Yoga Putra (2018), pemeriksaan pada klien stroke iskemik antara lain :

1) Angiografi serebral

Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti pendarahan.

2) *Single Photon emission computed tomography* (SPECT)

Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak yang juga mendeteksi, melokalisasi dan mengukur stroke (sebelum nampak oleh pemindaian CT Scan).

3) CT Scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema posisi hematoma adanya jaringan otak yang infark atau iskemik dan posisinya secara pasti.

4) Magnetic Imaging Resonance

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besarnya terjadi pendarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls jaringan otak.

6) Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng, pineal daerah yang berlawanan dari masa luas, klasifikasi karotis interna yang 13 terdapat pada trobus serebra. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Perawatan yang cepat, akurat dan hati-hati sangat penting untuk hasil akhir perawatan. Betapa pentingnya penanganan stroke sesegera mungkin karena “jendela terapi” stroke hanya 3-6 jam. Kegiatan meliputi:

- 1) Stabilitas klien dengan fungsi ABC (Airway, Breathing, Circulation).
- 2) Pertimbangkan intubasi jika sadar dengan stupor, koma, atau henti napas

- 3) Hubungkan jalur infus dengan 0,9% normal saline dengan kecepatan 20 ml/jam, jangan gunakan cairan hipotonik seperti 5- Xtrose dalam air dan 0,45% saline karena dapat memperburuk edema serebral.
- 4) Berikan oksigen 2-4 liter/menit melalui kanula hidung mis. Jangan memberikan makanan atau cairan melalui mulut
- 5) Ambil elektrokardiogram (EKG) dan rontgen dada
- 6) Ambil sampel untuk tes darah: hitung darah tepi lengkap dan trombosit, kimia darah (glukosa, elektrolit, urea dan kreatinin), massa protrombin dan massa tromboplastin parsial
- 7) Jika perlu, lakukan tes berikut: Kandungan alkohol, fungsi hati, gas darah arteri dan indeks toksikologi
- 8) Menegakkan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik
- 9) CT scan atau MRI jika alat tersedia (Andaresta, 2021).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

2.2.1 Pengkajian

Menurut Widuri (2023), pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari klien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan klien, yang terdiri dari:

1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS (masuk rumah sakit), nomor register dan diagnosa medis.

2) Riwayat Keperawatan :

- a) Keluhan utama Keluhan utama merupakan keluhan yang dirasakan oleh klien, keluhan tersebut yang menyebabkan klien membutuhkan pertolongan tenaga kesehatan, hal yang sering terjadi pada klien stroke sehingga di bawa ke rumah sakit yaitu ketika anggota badan susah untuk digerkan, bicara pelo, dan penurunan tingkat kesadaran.
- b) Riwayat kesehatan sekarang Merupakan keadaan yang dirasakan oleh klien pada saat ini misalnya gangguan persepsi, kehilangan komunikasi, kesulitan dalam melakukan aktifitas, dan kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia)
- c) Riwayat kesehatan dahulu
 - (1) Riwayat hipertensi
 - (2) Riwayat penyakit kardiovaskuler
 - (3) Riwayat kolestrol tinggi
 - (4) Obesitas
 - (5) Riwayat diabetes militus
 - (6) Riwayat aterosklerosis
 - (7) Kebiasaan merokok

(8) Riwayat konsumsi alkohol

d) Riwayat kesehatan keluarga adanya riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga seperti hipertensi, diabetes militus dll.

3) Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional :

a) Pola persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Menggambarkan persepsi terhadap kesehatan, upaya upaya pencegahan yang telah dilakukan oleh klien

b) Pola Eliminasi

Pola fungsi ekskresi feses, urin dan kulit.

c) Pola Nutrisi

Masalah keseimbangan nutrisi klien

d) Pola Istirahat Tidur

Pola tidur dan aktivitas klien, masalah-masalah terkait dengan istirahat tidur.

e) Pola Aktivitas dan Latihan

Klien stroke sering kali mengalami gangguan pola aktivitas dan latihan, seperti tidak bisa bergerak bebas karena mengalami hemiparesis. Klien stroke yang mengalami hemiparesis dibagian tangan dapat diberikan latihan genggam bola agar otot-otot ditangan yang mengalami kelemahan dapat meningkat kekuatan ototnya.

f) Pola Konsep Diri

Klien memandang bahwa dirinya akan selalu menjadi beban dan merepotkan orang-orang sekitarnya karena penyakit yang dialaminya.

g) Pola Kognitif Perseptual

Klien stroke biasanya mengeluh pengelihatan kabur, klien juga mengeluh mati rasa pada bagian tubuh yang mengalami hemiparesis.

h) Pola Hubungan Peran

Peran dan hubungan klien dengan orang disekitar dengan masalah masalah kesehatan yang dialami.

i) Pola Seksualitas Dampak dari sakit terhadap seksualitas, riwayat penyakit yang berhubungan dengan seksualitas.

j) Pola Mekanisme Koping Cara klien dalam penyelesaian masalah dan mengatasi perubahan yang terjadi.

k) Pola Nilai dan Kepercayaan Nilai keyakinan dan pelaksanaan ibadah yang dilakukan klien.

4) Pemeriksaan neurologis

a) Status mental Tingkat kesadaran, pemeriksaan kemampuan berbicara, orientasi (tempat, waktu, orang), penilaian daya pertimbangan, penilaian daya obstruksi, penilaian kosakata, daya ingat, berhitung dan mengenal benda.

- b) Nervus kranialis Olfaktorius (penciuman), optikus (pengelihatn), okulomotoris (gerak mata, kontraksi pupil, troklear (gerak mata), trigeminus (sensasi pada wajah, kulit kepala, gigi, mengunyah), abduken (gerak mata), fasialis (pengecapan), vestibulokoklearis (pendengaran dan keseimbangan), aksesoris spinal (fonasi, gerak kepala, leher, bahu), hipolagus (gerak lidah).
- c) Fungsi motorik Masa otot, kekuatan dan tonus otot, fleksi dan ekstensi lengan , abduksi masa otot, kekuatan dan tonus otot, fleksi dan ekstensi lengan , abduksi lengan dan adduksi lengan, fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, adduksi dan abduksi jari.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan tanda-tanda Vital :

- (1) Tekanan darah : Pemeriksaan ini bertujuan untuk memamtau tekanan darah klien, karena hipertensi merupakan salah satu faktor penyebab stroke.
- (2) Tekanan respirasi : Pemeriksaan ini bertujuan untuk memantau pola respirasi klien karena pada klien stroke sangat sensitif sekali terhadap oksigen.

b) Status Gizi : BB (Berat Badan) dan TB (Tinggi Badan)

c) Pemeriksaan *Head to toe*

- (1) Rambut : kebersihan dan warna rambut
- (2) Mata : konjungtiva dan ada atau tidaknya penggunaan alat bantu

- (3) Hidung : kebersihan dan fungsi pembau
- (4) Mulut : kebersihan dan kelengkapan gigi
- (5) Telinga : kebersihan dan fungsi pendengaran
- (6) Leher : ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tiroid
- (7) Dada : ada atau tidaknya kesimetrisan, ada tidaknya nyeri, mengecek batas paru dan mengecek ada tidaknya suara tambahan.
- (8) Abdomen : mengecek kesimetrisan, mendengarkan bising usus, ada tidaknya nyeri tekan dan ada tidaknya pembesaran hati.
- (9) Pemeriksaan ekstremitas untuk memeriksa kekuatan otot.

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 Iskemik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

1) Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)

a) Definisi

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

b) Penyebab

Fisiologis : Spasme jalan napas, Hipersekresi jalan napas, Disfungsi neuromuskuler, Benda asing dalam jalan napas, Adanya jalan napas buatan, Sekresi yang tertahan, Hiperplasia dinding jalan napas, Proses infeksi, Respon alergi, Efek agen farmakologis (mis. anastesi).

Situasional : Merokok aktif, Merokok pasif, Terpajan polutan.

Gejala dan tanda mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, Mengi, wheezing dan / atau ronkhi kering, Mekonium di jalan nafas pada Neonatus

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
Dispnea, Sulit bicara, Ortopnea	Gelisah, Sianosis, Bunyi napas menurun, Frekuensi napas berubah, Pola napas berubah

2) Risiko Aspirasi (D.0006) SDKI

a) Definisi

Berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat kedalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.

b) Faktor resiko

- (1) Penurunan tingkat kesadaran
- (2) Penurunan refleks muntah dan atau batuk
- (3) Gangguan menelan
- (4) Disfagia
- (5) Kerusakan mobilitas fisik
- (6) Peningkatan residu lambung
- (7) Peningkatan tekanan intragastrik

c) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke

3) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) SDKI

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

4) Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)

c) Definisi :

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

d) Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
Sakit kepala	Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar, Bradikardia, Pola napas ireguler, Tingkat kesadaran menurun, Respon pupil melambat atau tidak sama, Refleks neurologis terganggu

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Gelisah, Agitasi, Muntah (tanpa disertai mual), Tampak lesu/lemah, Fungsi kognitif terganggu, Tekanan intrakranial (TIK) >20mmHg, Papiledema, Postur debrasi (ektensi)

5) Risiko Cedera (D.0136) SDKI

a. Definisi

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

b. Faktor resiko

- (1) Ketidaknormalan profil darah
- (2) Perubahan orientasi afektif
- (3) Perubahan sensasi
- (4) Disfungsi autoimun
- (5) Disfungsi biokimia
- (6) Hipoksia jaringan
- (7) Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

(8) Malnutrisi

(9) Perubahan fungsi psikomotor

(10) Perubahan fungsi kognitif.

c. Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

(2) Kelainan nervus vestibularis

6) Defisit Nutrisi (D.0019)

a) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b) Penyebab

1) Kurangnya asupan makanan

2) Ketidakmampuan menelan makanan

3) Ketidakmampuan mencerna makanan

4) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient

5) Peningkatan kebutuhan metabolisme

6) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak cukup)

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

c) Batasan karakteristik

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak ada)	1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor

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

7) Gangguan Eliminasi Urine (D.0040) SDKI

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.3 (Gejala dan Tanda Mayor)

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.4 (Gejala dan Tanda Minor)

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

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

8) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) SDKI

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.5 (Gejala dan Tanda Mayor)

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.6 (Gejala dan Tanda Minor)

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

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

9) Intoleransi Aktivitas (D.0056) SDKI

a) Definisi

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

b) Penyebab

- (1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- (2) Tirah baring
- (3) Kelemahan
- (4) Imobilitas
- (5) Gaya hidup monoton

c) Batasan karakteristik

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.7 (Gejala dan Tanda Mayor)

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh lelah	1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.8 (Gejala dan Tanda Minor)

Subjektif	Objektif
1. Dispnea saat/ setelah beraktivitas	1. Gambaran ekg menunjukkan iskemia
2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas	2. Sianosis

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke
- (2) Anemia

- (3) Gagal jantung kongestif
- (4) Penyakit jantung koroner
- (5) Aritmia
- (6) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
- (7) Gangguan metabolik
- (8) Gangguan muskuloskeletal

10) Defisit Perawatan Diri (D.0109) SDKI

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.9 (Gejala dan Tanda Mayor)

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

-
2. Minat melakukan perawatan diri kurang
-

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.10 (Gejala dan Tanda Minor)

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

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

(2) Cedera medula spinalis

11) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Penyebab

a) Penurunan sirkulasi serebral

b) Gangguan neuromuskuler

c) Gangguan pendengaran

d) Gangguan muskuloskeletal

e) Kelainan palatum

f) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)

g) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)

h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).

- i) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.11 Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.12 Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(Tidak ada)	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. Disorientasi orang, ruang, waktu
 - 17. Defisit penglihatan
 - 18. Delusi
-

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien/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) Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)

Kriteria hasil:

- a) Batuk efektif meningkat
- b) Produksi sputum menurun
- c) Mengi menurun
- d) Wheezing menurun

Rencana dan Tindakan:

Manajemen jalan napas (I.01011)

Tindakan:

Observasi

- (1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).
- (2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi).
- (3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).

Terapeutik

- (4) Posisikan semi-fowler atau fowler untuk memaksimalkan ekspansi paru.
- (5) Berikan minum hangat.
- (6) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu.
- (7) Lakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 15 detik, jika perlu.
- (8) Berikan oksigen, jika perlu.

Edukasi

- (9) Ajarkan teknik batuk efektif

2) Risiko aspirasi (D.0006)

Kriteria hasil

- a) Tingkat kesadaran meningkat
- b) Kemampuan menelan meningkat
- c) Dispnea menurun
- d) Kelemahan otot menurun
- e) Gelisah menurun

Rencana dan Tindakan

Pencegahan aspirasi (I.01019)

Tindakan

Observasi

- (1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan
- (2) Monitor status pernapasan
- (3) Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum
- (4) Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral
- (5) Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral

Terapeutik

- (6) Posisikan semi fowler (30 – 45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
- (7) Pertahankan posisi semi fowler (30 – 45 derajat) pada klien tidak sadar

- (8) Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik head-tilt chin-lift, jaw thrust, in line)
- (9) Pertahankan pengembangan balon endotracheal tube (ETT)
- (10) Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat
- (11) Sediakan suction di ruangan
- (12) Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak
- (13) Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak
- (14) Berikan obat oral dalam bentuk cair

Edukasi

- (15) Ajarkan makan secara perlahan
- (16) Ajarkan strategi mencegah aspirasi
- (17) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu

Kolaborasi

- (18) Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu

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

Kriteria hasil : SLKI (L.02014)

- 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 2.13 (Tabel rencana tindakan risiko perfusi serebral tidak efektif)

Rencana Tindakan (SIKI)	Rasional
Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Monitor penurunan frekuensi jantung 4) Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi fowler 3) Cegah terjadinya kejang Kolaborasi	Observasi 1) Untuk mengetahui peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Agar dapat menentukan intervensi yang tepat untuk klien 3) Untuk mengetahui penurunan frekuensi jantung klien 4) Untuk mengetahui penurunan tingkat kesadaran klien Terapeutik 1) Agar klien jauh lebih nyaman 2) Untuk memberikan posisi nyaman bagi klien dan agar sesak klien berkurang 3) Agar tekanan intrakranial tidak semakin parah Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan	1) Untuk mencegah atau mengatasi kejang
2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis	2) Untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine
3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja	3) Untuk memudahkan klien dalam BAB

4) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)

Kriteria hasil

- a) Tingkat kesadaran meningkat
- b) Sakit kepala menurun
- c) Bradikardia menurun
- d) Tekanan darah membaik
- e) Tekanan nadi membaik
- f) Pola napas membaik
- g) Respon pupil membaik
- h) Refleks neurologis membaik

Rencana dan Tindakan

Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)

Tindakan

Observasi

- (1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik)

- (2) Monitor peningkatan TD
- (3) Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
- (4) Monitor penurunan tingkat kesadaran

Terapeutik

- (5) Pertahankan sterilitas sistem pemantauan
- (6) Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- (7) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- (8) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- (9) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

5) Risiko cedera (D.0136)

Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko cedera menurun dengan kriteria hasil : (L.06052)

- 1) Kejadian cedera: menurun
- 2) Luka/lecet: menurun
- 3) Ketegangan otot: menurun
- 4) Fraktur: menurun
- 5) Perdarahan: menurun
- 6) Ekspresi wajah kesakitan: menurun
- 7) Gangguan mobilitas: menurun
- 8) Gangguan kognitif: menurun

Rencana dan Tindakan

Pencegahan cedera (I.14537)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
- (2) Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
- (3) Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah

Terapeutik

- (4) Sediakan pencahayaan yang memadai
- (5) Gunakan lampu tidur selama jam tidur
- (6) Sosialisasikan klien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis. penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan, dan lokasi kamar mandi)
- (7) Gunakan alas lantai jika berisiko mengalami cedera serius
- (8) Sediakan alas kaki antislip
- (9) Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi di tempat tidur, jika perlu
- (10) Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau
- (11) Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau
- (12) Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan

- (13) Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci
- (14) Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan
- (15) Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi
- (16) Diskusikan mengenal latihan dan terapi fisik yang diperlukan
- (17) Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis. tongkat atau alat bantu jalan)
- (18) Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi klien
- (19) Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan klien, sesuai kebutuhan

Edukasi

- (20) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke klien dan keluarga
- (21) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri

6) Defisit nutrisi (D.0019)

a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :
(L.03030)

- (1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5)
- (2) Kekuatan otot pengunyah meningkat (5)
- (3) Kekuatan otot menelan meningkat (5)
- (4) Serum Albumin meningkat (5)
- (5) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat (5)
- (6) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat (5)
- (7) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat (5)
- (8) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat (5)
- (9) Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat (5)
- (10) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat (5)
- (11) Sikap terhadap makanan/ minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat (5)
- (12) Perasaan cepat kenyang menurun (5)
- (13) Nyeri abdomen menurun (5)
- (14) Sariawan menurun (5)
- (15) Rambut rontok menurun (5)
- (16) Diare menurun (5)

- (17) Berat badan membaik (5)
- (18) Indeks masa tubuh (IMT) membaik (5)
- (19) Frekuensi makan membaik (5)
- (20) Nafsu makan membaik (5)
- (21) Bising usus membaik (5)
- (22) Tebal lipatan kulit trisep membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Dukungan pengungkapan kebutuhan (I.09266)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi status nutrisi
- (2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- (3) Identifikasi makanan yang disukai
- (4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- (5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- (6) Monitor asupan makanan
- (7) Monitor berat badan
- (8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- (9) Lakukan oral higienis sebelum makan, jika perlu
- (10) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- (11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

- (12) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- (13) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- (14) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- (15) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- (16) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- (17) Ajarkan diet yang diprogramkan

7) Gangguan eliminasi urine (D.0040).

Kriteria hasil: SLKI (L.04034)

- 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 2.17 (Tabel rencana tindakan gangguan eliminasi urine)

Rencana Tindakan			Rasional
(SIKI)			
Manajemen eliminasi urine (I.04152)			Observasi
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)	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	Terapeutik
1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 2) Batasi asupan cairan, jika perlu 3) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur	1) Untuk mengetahui waktu terakhir klien berkemih 2) Minum yang berlebihan dapat menyebabkan semakin penuh urine di kandung kemih 3) Untuk mengetahui kandungan yang ada dalam urine klien
Edukasi	Edukasi
1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 3) Ajarkan mengambil specimen urine midstream 4) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 5) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan 6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 7) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur	1) Klien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi saluran kemih 2) Klien dan keluarga mengerti cara mengukur asupan cairan dan haluaran urine 3) Klien dan keluarga mengerti cara mengambil sampel urine tengah 4) Agar klien dapat berkemih pada waktu yang tepat 5) Agar klien mengetahui cara penguatan otot-otot panggul
Kolaborasi	6) Untuk memfasilitasi kebutuhan cairan klien

1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	7) Agar pola tidur klien tidak terganggu Kolaborasi
	1) Untuk menunjang kesembuhan klien

8) Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Kriteria hasil: SLKI (L.05042)

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

Tabel 2.18 (Tabel rencana tindakan gangguan mobilitas fisik)

Rencana Tindakan (SIKI)	Rasional
Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kondisi kulit klien
1) Monitor kondisi kulit	2) Untuk mencegah terjadinya komplikasi tirah baring
2) Monitor komplikasi tirah baring	Terapeutik
Terapeutik	3) Agar tidak terjadi tekanan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan
3) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring)	4) Untuk mengetahui kekuatan otot klien
4) Lakukan gerak pada ekstremitas yang lemah untuk menilai kekuatan otot	Edukasi
Edukasi	5) Jelaskan prosedur latihan gerak ROM pasif

6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif	5) Agar klien mengetahui prosedur latihan gerak ROM pasif
	6) Agar keluarga dapat membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif
Kolaborasi	Kolaborasi
7) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien	7) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

9) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan anggota gerak (D.0109)

Kriteria hasil: SLKI (L11103)

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

Tabel 2.19 (Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri)

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

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

10) Intoleransi aktivitas (D.0056)

a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga meningkat dengan kriteria hasil :
(L.05047)

- 1) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari: meningkat
- 2) Kecepatan berjalan: meningkat
- 3) Jarak berjalan: meningkat
- 4) Kekuatan tubuh bagian atas: meningkat
- 5) Kekuatan tubuh bagian bawah: meningkat
- 6) Toleransi menaiki tangga: meningkat

b) Rencana dan Tindakan

Terapi aktivitas (I.05186)

Tindakan :

Observasi

- 1) Identifikasi defisit tingkatan aktivitas
- 2) Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu
- 3) Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan
- 4) Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas
- 5) Identifikasi makna aktivitas rutin (mis.bekerja) dan waktu luang

- 6) Monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas

Terapeutik

- 7) Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami
- 8) Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas
- 9) Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, biologis, dan sosial
- 10) Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia
- 11) Fasilitasi maka aktivitas yang dipilih
- 12) Fasilitasi dan transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai
- 13) Fasilitasi klien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih
- 14) Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan
- 15) Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak
- 16) Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk klien hiperaktif
- 17) Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai
- 18) Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot

- 19) Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus) untuk klien demensia, jika sesuai
 - 20) Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif
 - 21) Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diverifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vokal grup, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)
 - 22) Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu
 - 23) Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri
 - 24) Fasilitasi klien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan
 - 25) Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari
 - 26) Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas
- Edukasi
- 27) Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu
 - 28) Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih
 - 29) Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan
 - 30) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai

- 31) Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

Kolaborasi

- 32) Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai
- 33) Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu.

11) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan berbicara membaik dengan kriteria hasil : (L.13118)

- (1) Kemampuan berbicara meningkat (5)
- (2) Kemampuan mendengar meningkat (5)
- (3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5)
- (4) Kontak mata meningkat (5)
- (5) Pemahaman komunikasi membaik (5)
- (6) Afasia menurun (5)
- (7) Disfasia menurun (5)
- (8) Apraksia menurun (5)
- (9) Disleksia menurun (5)
- (10) Disatria menurun (5)
- (11) Dislalia menurun (5)

(12)Pelo menurun (5)

(13)Gagap menurun (5)

(14)Respon perilaku membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)

Tindakan :

Observasi

- (1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- (2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis, memon, 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 klien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan

perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan klien)

- (7) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- (8) Ulangi apa yang disampaikan klien
- (9) Berikan dukungan psikologis
- (10)Gunakan juru bicara, jika perlu

Edukasi

- (11)Anjurkan berbicara perlahan
- (12)Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Kolaborasi

- (13)Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien (Brier & Jayanti, 2020).

Implementasi yang dilakukan pada klien stroke iskemik yaitu melakukan tindakan mengkaji status neurologis setiap jam, mengkaji tingkat kesadaran dengan GCS, mengkaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya gerakan mata dan reflek kornea mengevaluasi keadaan 24 motorik dan sensori klien, mengobservasi tanda-tanda vital setiap jam, menghitung denyut nadi auskultasi adanya murmur, mempertahankan

klien bedres, memberikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas, pertahankan kepala tempat tidur 30-45 dengan posisi leher tidak menekuk atau fleksi, menganjurkan klien agar tidak menekuk lutut atau fleksi, batuk, bersin, feses yang keras atau mendedan, mempertahankan kepatenan jalan nafas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik memonitor AGD, PaCO₂, antara 35-45 mmHg, dan berkolaborasi dengan tim dan dokter untuk pemberian obat sesuai sesuai program dan monitor efek samping (NANDA NOC dan NIC, 2019).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan yang melibatkan klien, perawat dan anggota tim lainnya (Anggraeni, 2021). Tujuan pengkajian adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada fase perencanaan. Untuk memudahkan evaluasi atau pemantauan perkembangan klien, digunakan komponen SOAP sebagai berikut :

- 1) S : Mengacu pada informasi subyektif yang diperoleh perawat selama anamnesis pada klien klien stroke non hemoragik dengan ketidak efektifan perfusi jaringan serebral. Hasilnya di harapkan secara verbal dengan ketidak efektifan perfusi jaringan serebral yang di laporkan klien teratasi atau hilang setelah teknik non medis seperti dukungan istirahat dengan lingkungan yang tenang batasi pengunjung dan atur waktu istirahat dan aktivitas

- 2) O : Mengacu pada data objektif yang dilakukan oleh perawat pada klien dengan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral hasil yang dilaporkan adalah ketidak efektifan perfusi jaringan berkurang atau teratasi, kemampuan melakukan aktivitas mobilitas fisik meningkatkan, pola istirahat atau pola tidur membaik, nafsu makan meningkat
- 3) A : Evaluasi atau analisis menilai kondisi subyektif dan obyektif, baik sudah teratasi maupun belum teratasi.
 - a) Masalah belum teratasi Masalah belum teratasi mengacu pada subyektif dan obyektif yang telah diamati dan dikaji oleh perawat dimana klien tidak memunculkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan kriteria hasil rencana keperawatan.
 - b) Masalah teratasi sebagian Mengacu pada subyektif dan obyektif yang telah diamati dan dikaji yang sesuai dengan kriteria hasil rencana keperawatan.
 - c) Masalah teratasi Masalah teratasi mengacu pada subyektif dan obyektif yang telah diamati dan dikaji oleh perawat.
- 4) P : Mengacu pada perencanaan tindakan yang akan diambil setelah fakta untuk melanjutkan atau menghentikan rencana perawatan.
 - a) Intervensi dilanjutkan Diagnosis masih lanjut, tujuan dan kriteria standar masih relevan.
 - b) Intervensi dihentikan Tujuan keperawatan tercapai dan implementasi rencana perawatan tidak dilanjutkan atau dihentikan.