

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Stroke (CVA) merupakan suatu keadaan yang menjadi penyebab kematian dan kecacatan neurologis yang utama. CVA merupakan gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak yang menyebabkan defisit neurologis yang mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak gangguan fungsi syaraf setelah CVA disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatic. Gangguan saraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan wajah, atau anggota badan dan kelumpuhan anggota gerak (Jend, 2023).

Menurut *World Health Organization* (WHO), *Cerebro Vascular Accident* (CVA) atau yang lebih dikenal dengan penyakit stroke adalah tanda-tanda klinis yang terjadi secara cepat atau mendadak berupa defisit fokal (atau global) pada fungsi otak, dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian, tanpa penyebab yang jelas selain penyebab vaskuler (Kemenkes, 2018).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa Cerebro Vascular Accident (CVA) atau stroke merupakan gangguan peredaran darah otak yang terjadi secara mendadak, baik akibat iskemia maupun perdarahan, yang menyebabkan kematian jaringan otak sehingga menimbulkan defisit neurologis seperti kelumpuhan dan gangguan

fungsi saraf, serta dapat berujung pada kecacatan atau kematian.

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Mianoki (2021), Stroke iskemik adalah jenis stroke yang banyak terjadi. Jenis stroke bisa disebabkan karena beberapa faktor. *Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment* (TOAST) membagi stroke iskemik berdasarkan mekanisme patofisiologi yang didapat dari pemeriksaan klinis dan penunjang seperti CT scan / MRI, ekokardiografi, dan pemeriksaan laboratorium. Klasifikasi *Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment* (TOAST) terbagi dalam 5 kategori sebagai berikut :

1) Aterosklerosis Arteri Besar

Aterosklerosis arteri besar meliputi intrakranial dan ekstrakranial. Aterosklerosis paling sering terjadi pada bifurkasio arteri karotis komunis menjadi arteri karotis eksterna dan interna. Selain itu bisa juga terjadi pada arkus aorta, arteri subclavia proksimal, arteri vertebralis, dan arteri serebri media. Secara umum, aterosklerosis arteri besar bertanggungjawab pada 30% kejadian CVA. Pola aterosklerosis ini berbeda antarpopulasi. Aterosklerosis intrakranial lebih banyak dijumpai pada populasi Asia dan Afrika-Amerika. Bahkan, pada populasi Cina dan Jepang terjadiannya mencapai 50 % dari kasus CVA iskemik.

2) Emboli Kardiogenik

Emboli kardiogenik menjadi penyebab 25-35% dari keseluruhan

CVA. Sumber kardiomeboli yang sering dijumpai adalah fibrilasi, endokarditis infektif, penyakit katup jantung, infark miokard akut, kardiomiopati, tumor intrakardiak, dan stenosis mitral.

3) Oklusi Pembuluh darah Kecil

Penyebab terjadinya oklusi pembuluh darah kecil adalah perubahan lipohialonitik pada dinding pembuluh darah, yang juga merupakan efek sekunder hipertensi. Sebab lain adalah peningkatan pembentukan mikroateroma. Oklusi pembuluh darah kecil dikenal menyebabkan infark lakunar, sering terjadi di ganglia basalis, thalamus, kapsula interna, korona radiata, dan batang otak. Prevalensi infark lakunar sekitar 18% dari keseluruhan CVA iskemik.

4) CVA Karena Sebab yang jarang

Penyebab CVA yang jarang meliputi vaskulopati non-aterosklerosis, gangguan hiperkoagulasi, gangguan hematologi, dan penyebab lain yang jarang. Pasien harus memiliki bukti adanya infark pada CT scan / MRI. Pemeriksaan darah atau arteriografi perlu dilakukan untuk untuk menyingkirkan kausa yang lain.

5) CVA karena pathogenesis lain yang belum diketahui

Pada kategori ini kausa CVA belum dapat ditegakkan dengan pasti, bahkan setelah pemeriksaan penunjang dilakukan. Termasuk dalam kategori ini adalah pasien yang memiliki dua atau lebih etiologi CVA sehingga klinisi belum dapat memastikan diagnosis akhir.

2.1.3 Etiologi

Menurut Isana (2021), sebagian besar CVA terjadi akibat

kombinasi faktor penyebab medis misalnya, peningkatan tekanan darah dan faktor penyebab perilaku misalnya merokok. Berdasarkan penyebabnya, ada dua jenis CVA, yaitu:

1) CVA Infark/ Non Hemoragik

CVA infark terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi ini disebut juga dengan infark. CVA infark dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, CVA trombotik dan CVA embolik.

a) CVA Trombotik: merupakan jenis CVA akibat penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak akibat adanya thrombus, maupun aterosklerosis yang mengakibatkan suplai darah, oksigen, dan energi menuju ke otak berkurang atau terhenti yang dapat menyebabkan kematian jaringan pada otak.

Penyebab CVA trombotik antara lain :

- (1) Arteriosklerosis merupakan penyumbatan yang disebabkan penumpukan plak, lemak dan kolesterol di dalam pembuluh darah di dinding pembuluh darah (endotel).
- (2) Trombus, merupakan penyumbatan yang diakibatkan oleh bekuan darah yang menempel di dinding pembuluh darah.
- (3) Embolus, merupakan penyumbatan yang disebabkan oleh benda asing maupun semacamnya yang tersangkut pada sirkulasi darah khususnya pembuluh darah di otak.
- (4) Obat-obatan, beberapa obat dapat menyebabkan penyempitan

pembuluh darah (example: antidepresan, antiparkinson, dekongestan dll.)

- (5) Gaya hidup, seperti merokok dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah menjadi berkurang
- (6) Psikologis, stres dapat menyebabkan sistem peredaran darah di dalam tubuh menjadi tidak normal yang dapat ditambah oleh faktor penyumbatan darah.
- (7) Hipotermia, kedinginan dapat menyebabkan menggigil sehingga merangsang aktivitas otot yang menghasilkan panas tubuh yang kemudian dapat menyebabkan penyempitan.

b) CVA Emboli: adalah jenis stroke akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak seperti bekuan lemak, udara dan darah. Trombus yang terlepas dari jantung dan tersumbat pada sistem arteri disebut emboli.

Penyebab stroke emboli:

- (1) Katup-katup jantung rusak
- (2) Fibrilasi atrium, dapat menimbulkan embolus- embolus kecil yang terjadi akibat adanya pengosong ventrikel pada darah yang awalnya terbentuk dari gumpalan-gumpalan kecil.
- (3) Endokarditis, terjadi dikarenakan adanya infeksi dari berbagai macam bakteri atau non bakteri yang menyebabkan terbentuknya suatu gumpalan- gumpalan di endocardium.
- (4) Penyakit jantung tanpa aritmia/thrombus murni (stenosis mitral, miokarditis, dan sebagainya)

(5) Komplikasi pembedahan jantung

2) CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Pendarahan di otak dapat dipicu oleh beberapa kondisi yang memengaruhi pembuluh darah. Kondisi tersebut meliputi hipertensi yang tidak terkontrol, melemahnya dinding pembuluh darah, dan pengobatan dengan pengencer darah. Stroke hemoragik terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan intraserebral dan subarachnoid (Wijaya, 2017).

a) Intracerebral Hemorrhage (ICH): perdarahan intracerebral merupakan perdarahan yang terjadi pada jaringan otak, akibat robekan pembuluh darah di dalam jaringan otak. (Mutaqqin, 2012) Penyebab Intracerebral Hemorrhage yaitu hipertensi, trauma kepala akibat kecelakaan, depresi tulang tengkorak akibat fraktur, cedera penetrasi peluru, malformasi arteri venosa, aneurisma.

b) Subarachnoid Hemorrhage (SAH) adalah perdarahan yang terjadi di ruang subarachnoid di antara berada di lapisan pelindung otak atau meningen, akibat pecahnya atau rusaknya pembuluh darah (Harsono, 2016).

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut Esti dan johan (2020), faktor resiko dari CVA (*Cerebral Vascular Accident*) yang dapat dimodifikasi yaitu :

- 1) Hipertensi
- 2) Diabetes Militus

- 3) Gangguan jantung (*miokardium infark*)
- 4) Merokok
- 5) Pemakaian alcohol
- 6) Obesitas
- 7) Hyperlipidemia
- 8) Penyakit arteru carotis dan perifer
- 9) Atrial Ftrilation
- 10) Penyakit jantung (gagal jantung, kelainan jantung congenital, jantung coroner, kardiomegali, kardionyopathy)
- 11) Transient Ischemia Attack (TIA)
- 12) Hiperkolesterolemia
- 13) Sickel Cell Disease
- 14) Obesitas dan kurang aktivitas
- 15) Penggunaan alkohol
- 16) Penggunaan obat-obatan terlarang

Faktor resiko CVA (*Cerebral Vascular Accident*) yang tidak dapat dimodifikasi menurut (Esti & Johan, 2020) yaitu :

- 1) Keturunan
- 2) Jenis Kelamin
- 3) Umur

2.1.5 Manifestasi Kinis

Kehilangan Motorik CVA (*Cerebral Vascular Accident*) adalah penyakit otot neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol voluntelr terhadap gerakan motorik, misalnya:

- 1) Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
- 2) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)
- 3) Menurunnya tonus otot abnormal

Kehilangan komunikasi Fungsi otak yang dipengaruhi oleh CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah bahasa dan komunikasi, misalnya :

- 1) Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif atau afektif. Apraksia yaitu ketidak mampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

Gangguan persepsi

- 1) Homonymous hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
- 2) Amorfosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi atau ruang yang sakit tersebut.
- 3) Gangguan hubungan visual spasial, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial.
- 4) Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan proprioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil auditorius (Melga, 2021).

2.1.6 Komplikasi

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

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.

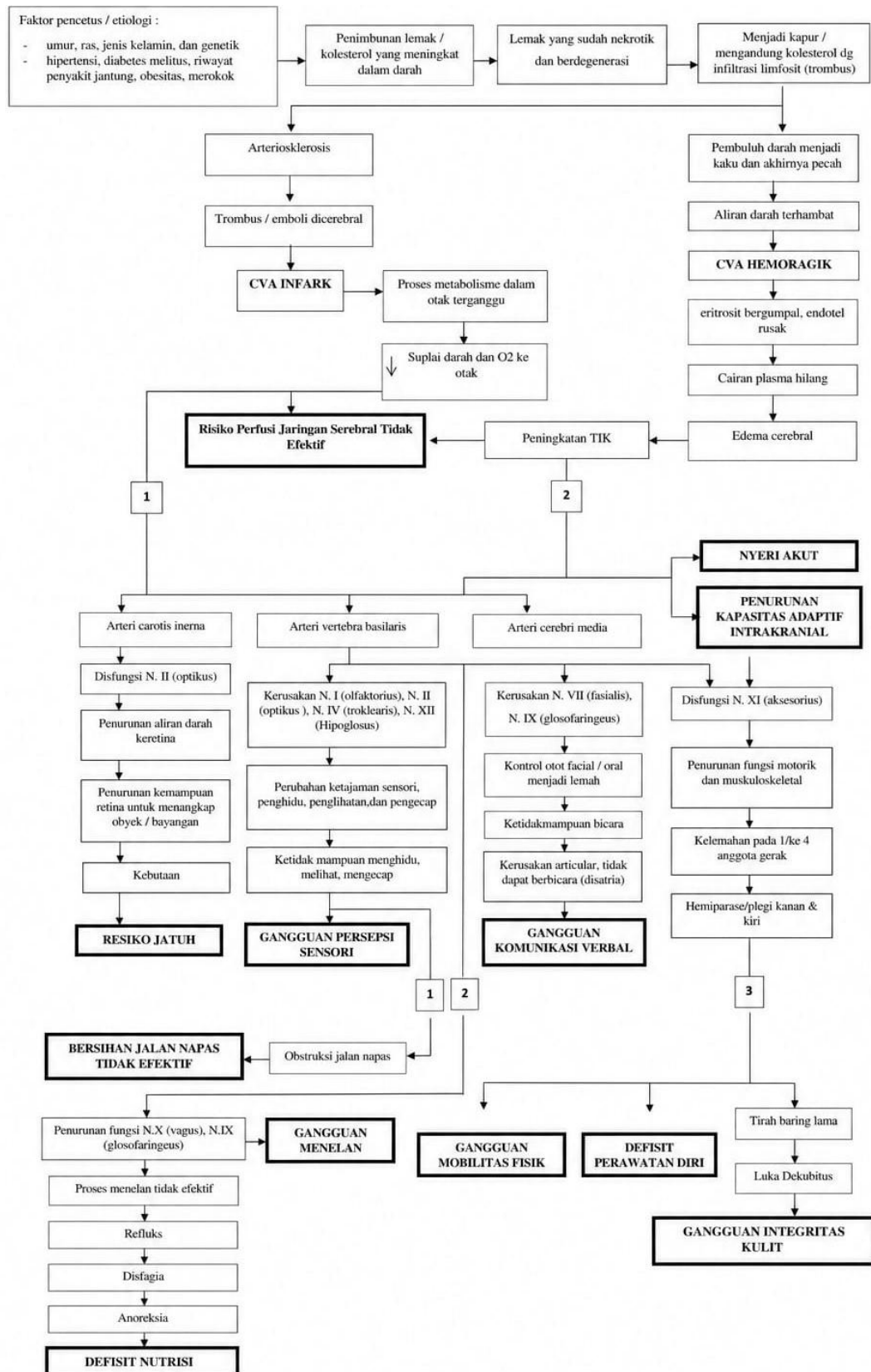
2. Penurunan aliran darah otak

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.

2.1.7 Patofisiologi



Gambar 2.1 : (Huda, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Uraian Patofisiologi

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) disebabkan oleh Faktor pencetus / etiologi : umur, ras, jenis kelamin, dan genetik, hipertensi, diabetes melitus, riwayat penyakit jantung, obesitas, merokok Sehingga mengakibatkan penimbunan lemak atau koesterol yang meningkat dalam darah sehingga lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi akan menjadi kapur / mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) dan terjadi arteriosklerosis dan penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler). Pada arteriosklerosis akan terjadi emboli di cerebral sehingga mengakibatkan stroke non hemoragik dan CVA hemoragik sehingga terjadi proses metabolisme dalam otak terganggu sehingga terjadi penurunan suplai darah dan O₂ ke otak. Sehingga memunculkan diagnosa resiko perfusi perifer tidak serebral tidak efektif.

Pada saat terjadi penyempitan pembuluh darah akan terjadi aliran darah terhambat sehingga eritrosit bergumpal, endotel rusak dan cairan plasma hilang mengakibatkan edema pada cerebral dan terjadi peningkatan TIK dan memunculkan diagnosa resiko perfusi cerebral tidak efektif dan juga nyeri akut serta penurunan kapasitas adaptif intrakranial. Pada saat TIK meningkat akan terjadi arteri cerebri media, arteri vertebra basilaris dan arteri carotis interna. Pada arteri cerebri media akan terjadi disfungsi N. XI (aksesoris) serta penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal sehingga kelemahan pada 1 / ke 4 anggota gerak menjadi hemiparase / plegi kanan dan kiri sehingga mengakibatkan

pada pasien akan tirah baring lama yang dapat mengakibatkan luka dekubitus sehingga memunculkan diagnosa gangguan mobilitas fisik dan gangguan integritas kulit.

Pada arteri vertebra basilaris juga akan sama terjadi seperti pada arteri cerebri median namun juga akan terjadi kerusakan N.I (olvaktorius), N.II (optikus), N.IV (troklearis), N.XII (hipoglosus) dan perubahan ketajaman sensori, penghidu, penglihatan dan pengecap sehingga memunculkan diagnosa gangguan persepsi sensori. Pada saat penurunan fungsi N.X (vagus), N. IX (glosofaringeus) sehingga proses menelan tidak efektif sehingga muncul diagnosa keperawatan gangguan menelan, dan akan terjadi refluks kemudian disfagia dan anoreksia akan memunculkan diagnosa defisit nutrisi. Pada arteri vertebra basilaris juga akan terjadi kerusakan N. VII (fasialis), N.IX (glosofaringeus) pada kontrol otot facial/oral menjadi lemah sehingga ketidakmampuan bicara dan kerusakan artikular tidak dapat berbicara (disatria) memunculkan diagnosa gangguan komunikasi verbal.

Pada arteri carotis interna juga terjadi disfungsi N.II (optikus) dan penurunan aliran darah ke retina serta penurunan kemampuan retina untuk menangkap obyek / bayangan sehingga terjadi kebutaan memunculkan diagnosa resiko jatuh dan gangguan persepsi sensori.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Setyopranoto (2016), penatalaksanaan klien dengan stroke adalah sebagai berikut :

- 1) Penatalaksanaan umum

a) Fase akut

- (1) Letakkan kepala klien pada posisi 30°, kepala dan dada berada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap apabila hemodinamik sudah stabil.
- (2) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit hingga didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, lakukan intubasi.
- (3) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik lalu dicari penyebabnya; kosongkan kandung kemih jika penuh (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- (4) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik. Pada stroke beresiko terjadinya dehidrasi akibat penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan apabila fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
- (5) Pantau kadar gula darah >150mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150mg% dengan insulin drip intravena secara kontinu selama 2-3 hari pertama.
- (6) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali apabila tekanan darah sistol >220 mmHg dan diastol >120 mmHg. Mean Arteri Blood Pressure (MAP) >130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.

- (7) Penurunan tekanan darah maksimal 20% dan obat yang direkomendasikan adalah natrium nitropusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
- (8) Apabila terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol <90 mmHg dan diastol <70 mmHg diberikan NaVL 0,9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat diatasi. Apabila belum dapat diatasi dapat diberikan dopamine 2-2µg/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.
- (9) Apabila terjadi kejang berikan diazepam 5-20 mg IV pelan pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral. Jika kejang muncul setelah 2 minggu berikan antikonvulsan per oral jangka panjang.
- (10) Apabila didapatkan tekanan intrakranial meningkat, berikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/kgBB per 0 menit dan jika diurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, lanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.

b) Fase rehabilitasi

- (1) Pertahankan nutrisi adekuat.
- (2) Program manajemen *Bladder* dan *Bowel*.
- (3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi ROM (*Range Of Motion*).
- (4) Pertahankan integritas kulit.

- (5) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- (6) Pemenuhan dalam kebutuhan sehari-hari.
- (7) Persiapan klien pulang.
- c) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum yang diameternya lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan entrikulo peritoneal apabila ada hidrocefalus obstruksi akut.

2) Penatalaksanaan medis

Terapi farmakologis Ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator). Dapat juga diberikan agen neuroproteksi, yaitu sitikon atau pirasetan apabila didapatkan adanya afasia. Terapi farmakologi yang digunakan pada klien dengan stroke adalah sebagai berikut :

a) Fibrinolitik/ trombolitik (rt-PA)

Golongan obat ini digunakan sebagai erapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat akibat serangan stroke akut. Obat ini memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi yaitu resiko pendarahan seperti pada intrakranial atau dalam saluran cerna serta angiodema. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa rentang waktu yang baik untuk dapat diberikannya terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga

terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang waktu 3-4 atau 5 jam setelah onset gejala.

b) Antikoagulan

Terapi ini digunakan untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli.

c) Antiplatelet

Golongan obat ini digunakan untuk pencegahan stroke ulang dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.

d) Antihipertensi

Klien dapat menerima rt-PA apabila tekanan >185/110 mmHg. Jika tekanan darah tidak mencapai <185/110 mmHg maka jangan diberikan rt-PA.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan/berkesinambungan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan kepada pasien. Sasaran asuhan yang diberikan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit. Oleh karena itu maka masalah yang menjadi perhatian pada asuhan keperawatan adalah sedang terjadi, atau

beresiko terjadi, maupun masalah yang positif. Area asuhan dapat berupa promotif, preventif, dan rehabilitative (Walid, 2019).

2.2.7 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari klien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2017).

1) Identitas klien

Pada identitas klien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua, setelah berusia 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur), jenis kelamin (Pria lebih beresiko terkena stroke dari pada wanita, resiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar) pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnose medis (Kusyani, 2022).

2) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri

kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Kusyani, 2022)

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke iskemik biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

4) Riwayat kesehatan lalu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

5) Riwayat Kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

6) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola istirahat tidur

Biasanya klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot) (Getudris, 2019).

b) Pola eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

c) Pola makan dan minum

Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Que, 2023).

d) Kebersihan diri atau personal hygiene

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise atau hemiplegi, mudah lelah. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang (Que, 2023).

e) Pola kegiatan atau aktivitas lain

Pada klien dengan stroke adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) (Kusyani, 2022).

7) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien serta keluarga. (Harsono, 2003 dalam Tarwoto, 2013).

a) Konsep diri

(1) Gambaran diri/citra diri

Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu

berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan (Griselda, 2023).

(2) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya.

(3) Harga diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Arisdiani, 2019).

(4) Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

(5) Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (Kusyani, 2022).

b) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

c) Pola seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan CVA, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine merupakan terjadinya penurunan pada gairah (Kusyani, 2022).

d) Pola mekanisme koping

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi (Kusyani, 2022).

e) Pola kognitif dan persepsi sensori

Terdapat gangguan penglihatan atau kaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Kusyani, 2022)

8) Data spiritual

Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama Klien. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya.

9) Pemeriksaan fisik

a) Kesan umum/keadaan umum

Tingkat kesadaran klien merupakan indikator pertama status neurologis klien. Biasanya pada klien stroke mengalami tingkat kesadaran pada klien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), klien acuh tak acuh terhadap lingkungan

(apatis), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stoke. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15 (Sulistiawaty, 2020).

Kesadaran	Tanda-tanda
Composmentis	Orientasi penuh dapat menjawab pertanyaan dengan benar
Apatis	Keadaan klien segan untuk berhubungan keadaan sekitar, sikap acuh tak acuh
Delirium	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor. Klien nampak gaduh gelisah, meronta-ronta
Samnolen	Keadaan klien yang selalu mau tidur, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri namun jatuh tidur kembali
Sopor	Keadaan klien mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri
Koma	Keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dengan rangsangan apaun tidak akan timbul.

Sumber : (Tarwoto, 2013)

Kriteria	Tingkatan	Skor
Membuka mata/eye evening (E)		
Membuka sebelum diberi stimulus	Spontan	4
Membuka sebelum diberi perintah suara	Terhadap suara	3
Membuka sebelum diberi stimulus pada ujung jari	Terhadap rangsangan nyeri	2
Tidak membuka sama sekali	Tidak ada respon	1
Respon verbal/verbal respon (V)		
Menyebut nama, tempat, dan tanggal	Orientasi baik	5

orientasi tidak baik tetapi komunikasi jelas	Bingung	4
Kata-kata saja (berbicara tidak jelas)	Suara tidak dimengerti	3
Mengerang tanpa arti	Suara tidak jelas	2
Tidak ada suara yang terdengar	Tidak ada respon	1
Respon motorik/ motor respon (M)		
Mengikuti perintah	Menuruti perintah	6
Menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Mengetahui lokasi nyeri	5
Menghindar atau menarik extremitas menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Reaksi menghindar nyeri	4
Melipat siku, gerakan abnormal dominan	Fleksi abnormal	3
Ekstensi siku lengan	Ekstensi abnormal	2
Tidak ada gerakan lengan/tungkai (tanpa faktor pengahalng)	Tidak ada respon	1

Sumber : (Marwuntu, 2019)

b) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Susanti, 2022).

c) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Kepala dan rambut

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peningkatan tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Pada rambut biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien stroke iskemik. Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan

pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh yaitu nervus fasialis. (Sulistiawaty, 2020).

(2) Mata

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). Pada mata biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor (Sulistiawaty, 2020).

(3) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I) (Griselda, 2023)

(4) Telinga

Kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak, terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak (Kusyani, 2022).

(5) Mulut

Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir (Arnasya, 2023).

(6) Leher

Biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi (Kusyani, 2022).

(7) Pemeriksaan payudara dan ketiak

Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada klien stroke (Griselda, 2023).

d) Pemeriksaan dada

(1) Pemeriksaan sistem pernafasan

(a) Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest(bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung),frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan

(b) Palpasi : Untuk menilai tactile fremitus

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

(d) Auskultasi : pada klien dengan tingkat kesadaran Compos mentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapt bunyi nafas tambahan (Kusyani, 2022).

(2) Pemeriksaan jantung

- (a) Inspeksi : Ictus kordis tidak Nampak
- (b) Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra
- (c) Perkusi : Suara jantung pekak
- (d) Auskultasi : Irama jantung reguler, terdengar suara jantung 1 dan 11, murmur atau gallop (Griselda, 2023).

e) Pemeriksaan abdomen

- (1) Inspeksi : ada pernafasan perut (pernafasan diafragma)
- (2) Auskultasi : terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit).
- (3) Palpasi : tidak teraba massa, tidak nyeri tekan
- (4) Perkusi : suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung (Griselda, 2023).

f) Pemeriksaan genetalia

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri, serta apakah dipasang alat dower cateter (DC) (Kusyani, 2022).

g) Pemeriksaan ekstremitas

Biasanya didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Kusyani, 2022).

h) Pemeriksaan integuman dan kuku

Jika klien kekurangan O₂ 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 (Kusyani, 2022).

i) Pemeriksaan neurologi

(1) Syaraf otak (nervus cranialis)

Ada 12 saraf kranial yang dapat diidentifikasi dengan angka romawi. Fungsi dari masing-masing saraf kranial dapat sebagai sensorik, motorik atau keduanya dan dapat juga sebagai sensorik, motorik atau keduanya dapat juga sebagai otonom.

(a) 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 anantara kiri dan kanan berbeda.

(b) Nervus II Optik : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien hemiplegia kiri. Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6 dan gangguan lapang pandang.

(c) Nervus III Okulomotoris : diameter pupil 2mm/2mm, klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah.

(d) Nervus IV Trochlearis : klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke atas.

- (e) Nervus V Trigemini : klien mampu menggerakkan otot rahang.
- (f) Nervus VI Abducent : klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata memutar.
- (g) Nervus VII Facialis : klien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum.
- (h) Nervus VIII Vestibulocochlearis : Dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- (i) Nervus IX Glossopharyngeus : klien tidak dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan
- (j) Nervus X Vagus : kemampuan klien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan.
- (k) Nervus XI Accessorius : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.
- (l) Nervus XII Hypoglossus : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat berbicara (Griselda, 2023).

(2) Fungsi motorik dan sensorik

Pada fungsi motorik dapat mengetahui kekuatan otot pada anggota gerak, terutama pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada fungsi sensorik pada sentuhan/raba kemampuan klien untuk merasakan sentuhan pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada rasa klien mampu atau tidaknya merasakan rasa yang

diberikan. Pada bau klien mampu tidaknya bau yang diberikan (Kusyani, 2022).

(3) Pemeriksaan reflek

Refleks fisiologis, seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles dan reflek patologis, seperti refleksi plantar (Babinski) dan chaddock mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleksi fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleksi fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleksi patologis (Kusyani, 2022).

j) Pemeriksaan penunjang

(1) Elektrokardiografi

(2) Laboratorium (kimia darah, fungsi ginjal, hematologi, hemostasis, gula darah, urinalisis, analisis gas darah, dan elektrolit)

(3) Foto toraks, untuk melihat adanya gambaran kardiomegali sebagai penanda adanya hipertensi untuk faktor risiko stroke

(4) CT scan/MRI (lihat Gambar 1): gambaran hipodens/hipointens didapatkan pada stroke iskemik dan hiperdens/hiperintens pada stroke hemoragik pada T1W1

(5) *Transcranial doppler* (TCD) dan doppler karotis. antara lain untuk melihat adanya penyumbatan dan patensi dinding pembuluh darah sebagai risiko stroke

(6) Analisis cairan serebrospinal jika diperlukan (Chiris, 2014).

2.2.8 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di dalamnya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Menurut Padila (2012), adapun diagnosa Stroke Iskemik yang mungkin muncul pada klien stroke iskemik berdasarkan subkategori (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

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

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

a) 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) Gangguan menelan (D.0063)

Definisi : Fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus.

- a) Penyebab : Gangguan serebrovaskular, Gangguan saraf kranialis, Paralisis serebral, Akalasia, Abnormalitas laring, Abnormalitas orofaring, Anomali jalan napas atas, Defek anatomik kongenital, Defek laring, Defek nasal, Defek rongga nasofaring, Defek trakea, Refluk gastroesofagus, Obstruksi mekanis, prematuritas

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
Mengeleuh sulit menelan	Batuk sebelum menelan, Batuk setelah makan atau minum, Tersedak, Makanan tertinggal di rongga mulut

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
Oral	Faring (Menolak makan)

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

- a) Definisi : berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

- b) Faktor risiko :

Tromboplastin parsial, Penurunan kinerja ventrikel kiri, Aterosklerosis aorta, Diseksi arteri, Fibrilasi atrium, Tumor otak, Stenosis karotis, Miksoma atrium, Aneurisma serebri, Koagulopati (mis. anemia sel sabit), Dilatasi kardiomiopati, Koagulopati intravaskuler diseminata, Embolisme, Cedera kepala, Hiperkolesteronemia, Hipertensi, Endocarditis infeksi,

Katup prostetik mekanis, Stenosis mitral, Neoplasma otak, Infark miokard akut, Sindrom sick sinus, Penyalahgunaan zat, Terapi trombolitik, Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

c) Kondisi klinis terkait :

Stroke, Cedera kepala, Aterosklerotik aortik, Infark miokard akut, Diseksi arteri, Embolisme, Endokarditis infeksi, Fibrilasi atrium, Hiperkolesteronemia, Hipertensi, Dilatasi kardiomiopati, Koagulasi intravaskuler diseminata, Miksoma atrium, Neoplasma otak, Segmen ventrikel kiri akinetik, Sindrom sick sinus, Steosis karotid, Stenosis mitral, Hidrosefalus, Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri)

4) Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D.0066)

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

a) 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) Gangguan persepsi sensoris (D.0085)

Definisi : perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi.

- a) Penyebab : Gangguan penglihatan, Gangguan pendengaran, Gangguan penghiduan, Gangguan perabaan, Hipoksia serebral, Penyalahgunaan zat, Usia lanjut, Pemajanan toksin lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
-----------	----------

Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan	Distorsi sensori, Respons tidak sesuai, Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu
--	--

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
Menyatakan kesal	Menyendiri, Melamun, Konsentrasi buruk, Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, Curiga, melihat ke satu arah, Mondar-mandir, Bicara sendir

6) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem verbal.

- a) Penyebab : Penurunan sirkulasi serebral, Gangguan neuromuskuler, Gangguan pendengaran, Gangguan muskuloskeletal, Kelainan pelatuk, Hambatan fisik (mis. terpasang trakeostomi, intubasi, krikotiroidotomi), Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi), Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi), hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Tidak mampu berbicara atau mendengar, Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Afasia, Disfasia, Apraksia, Disleksia, Disatria, Afonia, Dislalia, Pelo, Gagap, Tidak ada kontak mata, Sulit memahami komunikasi, Sulit mempertahankan komunikasi, Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, Sulit menyusun kalimat, Verbalisasi tidak tepat, Sulit mengungkapkan kata-kata, Disorientasi orang, ruang, waktu, Defisit penglihatan, Delusi

7) Nyeri akut (D.0077)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

- a) Penyebab : Agen pencedera fisiologis (mis. infark miokard, anemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri, Diaforesis

8) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

- a) Penyebab : Kerusakan integritas struktur tulang, Perubahan metabolisme, Ketidakbugaran fisik, Penurunan kendali otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot, Keterlambatan perkembangan, Kekakuan sendi, Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskular, Indeks, masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensoripersepsi

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
-----------	----------

Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak	Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, Fisik lemah
--	--

9) Resiko jatuh (D.0143)

Definisi : berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

- a) Faktor Risiko : Usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak), Riwayat jatuh, Anggota gerak bawah prostesis (buatan), Penggunaan alat bantu berjalan, Penurunan tingkat kesadaran, Perubahan fungsi kognitif, Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing), Kondisi pasca operasi, Hipotensi ortostatik, Perubahan kadar glukosa darah.
- b) Kondisi Klinis Terkait : Osteoporosis, Kejang, Penyakit sebrovaskuler, Katarak, Glaukoma, Demensia, Hipotensi, Amputasi, Intoksikasi, Preeklamsi.

10) Gangguan integritas kulit (D.0129)

Definisi : kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen).

- a) Penyebab : Perubahan sirkulasi, Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), Kelebihan/kekurangan volume cairan, Penurunan mobilitas, Bahan kimia iritatif, Suhu lingkungan yang ekstrem, Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan), Efek samping

terapi radiasi, Kelembaban, Proses penuaan, Neuropati perifer, Perubahan pigmentasi, Perubahan hormonal, Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan.

Gejala dan tanda mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit

Gejala dan tanda minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Nyeri, Perdarahan, Kemerahan, Hermatoma

11) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

a) Penyebab : Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskuler, Kelemahan, Gangguan psikologis dan psikotik, Penurunan motivasi/minat

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

12) Defisit nutrisi (D.0019)

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi

kebutuhan metabolisme

- a) Penyebab : Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi), Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
Cepat kenyang setelah makan, Kram/nyeri abdomen, Nafsu makan menurun	Bising usus hiperaktif, Otot pengunyah lemah, Otot menelan lemah, Membran mukosa pucat, Sariawan, Serum albumin turun, Rambut rontok berlebihan, Diare

2.2.9 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011). Kriteria hasil menurut (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019) dan Intervensi keperawatan menurut (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018).

Tabel 2.21 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
1	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : 1) Batuk efektif meningkat 2) Produksi sputum menurun 3) Mengi menurun 4) Wheezing menurun	Manajemen Jalan Napas (L.01011) Observasi 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 4) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 5) Posisikan semi-fowler atau fowler 6) Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 7) Ajarkan Teknik batuk efektif	1) Untuk mengetahui apakah adanya gangguan pada pola napas 2) Untuk mengetahui apakah terdapat buyi napas tambahan 3) Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan warna, dan aroma pada sputum 4) Agar kepatenan jalan napas tetap terjaga 5) Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang dialami 6) Untuk membantu pernapasan pasien 7) Untuk mengeluarkan sputum
2	Gangguan menelan (D.0063)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka status menelan membaik dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2) Reflek menelan meningkat 3) Kemampuan mengosongkan mulut meningkat 4) Frekuensi tersedak menurun 5) Batuk menurun	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (L.11351) Observasi 1) Identifikasi diet yang dianjurkan 2) Monitor kemampuan menelan 3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik 4) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 6) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 7) Sediakan makanan dan minuman yang disukai Edukasi 8) Jelaskan posisi	1) Untuk mengetahui diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien 2) Untuk mengetahui kemampuan menelan pasien 3) untuk memantau status hidrasi pasien 4) untuk menciptakan selera makan pasien 5) untuk memberikan pasien posisi yang nyaman untuk makan/minum 6) Untuk meningkatkan nafsu makan pasien 7) Untuk meningkatkan selera makan pasien 8) Agar memudahkan pasien yang mengalami gangguan penglihatan 9) Untuk membantu meningkatkan kesehatan pasien

			makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) Kolaborasi 9) Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi	
3	Risiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif (D.0017)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Kognitif meningkat 3) Tekanan intra kranial menurun 4) Sakit kepala menurun 5) Gelisah menurun 6) Kecemasan menurun 7) Agitasi menurun 8) Demam menurun 9) Nilai rata-rata tekanan darah membaik 10) Kesadaran membik 11) Tekanan darah sistolik membaik 12) Tekanan darah diastolik membaik 13) 13 Reflek saraf membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP (mean arterial pressure) 4) Monitor status pernapasan 5) Monitor intake dan output cairan 6) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 7) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8) Berikan posisi semi fowler 9) Hindari manuver valsava 10) Cegah terjadinya kejang 11) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 12) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 13) Kolaborasi pemberian	1) deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tandatanda 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) pemantauan sesak napas atau henti napas 5) untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syock hipovolemik 6) untuk mengetahui cairan yang keluar dari kepala 7) 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 8) memberika posisi nyaman bagi klien 9) bila ekspirasi paksa dengan menutup bibir dan menutup hidung dapat maningkatkan TIK, manuver vaisava dilakukan bila telinga

			diuretik osmosis, jika perlu		berdenging
			14) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu		10) kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi shock
					11) suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal
					12) Sebagai terapi anti kejang
					13) Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung
					14) Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan
4	Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D.0066)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil :	Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198) 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		1) Untuk mengetahui peningkatan TIK 2) Untuk mengetahui peningkatan tekanan darah 3) Mengetahui kemungkinan masalah pada system kardiovaskuler 4) Untuk mengetahui adanya perubahan status kesadaran pada pasien 5) Mencegah terjadinya kontaminasi organisme 6) Untuk memebirakan rasa nyaman pada pasien 7) Memberikan informasi dan data untuk pemantauan selanjutnya 8) Memberikan informasi kepada pasien terkait tindakan yang diberikan 9) Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait keadaan pasien saat ini
5	Gangguan	Setelah dilakukan asuhan	Minimalisasi		1) Untuk mengetahui

	persepsi sensori (D.0085)	keperawatan selamax 24 jam maka persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2) Distorsi sensori menurun 3) Perilaku halusinasi menurun 4) Respons sesuai stimulus membaik	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 pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan pasien 2) Untuk mengetahui tingkat toleransi terhadap beban sensori 3) mempertahankan stimulus lingkungan yang normal untuk siang-malam hari 4) Agar aktivitas dan waktu istirahat pasien terjadwal 5) Untuk mengetahui prosedur dan tindakan dalam satu waktu 6) Agar pasien mengetahui cara meminimalisasi stimulus 7) Membantu proses penyembuhan
6	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan berbicara meningkat 2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) Observasi 1) Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 2) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 3) Ulangi apa yang disampaikan pasien 4) Berikan dukungan psikologis 5) Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 6) Anjurkan berbicara	1) Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 2) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 3) Sebagai bentuk dukungan dan memperbaiki kesalahan 4) Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri pasien 5) Untuk mempermudah komunikasi 6) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah 7) Agar pasien dan keluarga paham dan

			perlahan 7) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi 8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	melakukan tindakan dengan benar 8) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
7	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun 5) Kesulitan tidur menurun 6) Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 4) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 6) Jelaskan strategi meredakan nyeri 7) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 8) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 9) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 10) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Untuk mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan pasien 3) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) sampling penggunaan analgetik 5) Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien 6) Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri yang akan diberikan 7) Agar pasien mengetahui strategi meredakan nyeri 8) Agar pasien dapat memonitor nyeri secara mandiri 9) Agar nyeri pasien berkurang 10) Agar pasien dapat mengontrol rasa nyeri 11) Untuk meringankan rasa nyeri yang dirasakan
8	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1) Untuk mengetahui apakah klien ada keluhanfisik lain. 2) Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan

		meningkat	2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	3) Untuk mengetahui kondisi Kesehatan klien
		2) Kekuatan otot meningkat	3) Mempertahankan lingkungan yang nyaman	4) Untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan klien.
		3) Rentang gerak (ROM) meningkat	Terapeutik	5) Sebagai support system agar klien semangat untuk segera pulih.
		4) Nyeri menurun	4) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)	6) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada klien
		5) Cemas menurun	5) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu	7) Untuk memberikan pengetahuan kepada klien mengenai apa yang harus dilakukan pada ambulasi sederhana.
		6) Kaku sendi menurun	6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	
		7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun	Edukasi	
		8) Gerakan terbatas menurun	7) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	
		9) Kelemahan fisik menurun		
9	Resiko jatuh (D.0143)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : 1) Jatuh dari tempat tidur menurun 2) Jatuh saat berdiri menurun 3) Jatuh saat duduk menurun 4) Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan (I.14540) Observasi 1) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5) Monitor kemampuan	Jatuh 1) Untuk membantu pasien menghindari faktor yang dapat menyebabkan jatuh 2) Membantu pasien mengurangi resiko jatuh 3) Untuk mengetahui faktor yang dapat menyebabkan pasien jatuh 4) Untuk mengetahui skala resiko jatuh 5) Untuk mengetahui kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya 6) Agar pasien dan keluarga pasien terbiasa dengan keadaan ruangan yang ditempati 7) Menghindari risiko jatuh/cedera 8) Mencegah agar pasien tidak terjatuh 9) Agar pasien dengan mudah berpindah dari tempat tidur ke kursi roda ataupun dengan

			berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 6) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8) Pasang handrail tempat tidur 9) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 10) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station Edukasi 11) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 12) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 13) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 14) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 15) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	mudah melakukan aktifitas lain 10) Agar perawat dapat dengan mudah memantau aktifitas pasien resiko jatuh 11) Membantu pasien mengurangi resiko jatuh 12) Membantu pasien mengurangi resiko jatuh jika pasien melakukan aktifitas seperti berjalan dalam ruangan atau ketoilet 13) Membantu pasien meningkatkan keseimbangan tubuh 14) Membantu pasien meningkatkan keseimbangan saat berdiri 15) Membantu pasien lebih mudah mendapatkan bantuan dari perawat
10	Gangguan integritas kulit (D.0129)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 2.2.9.1.1.1.1 Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 2) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring	1) Untuk mengetahui penyebab gangguan integritas kulit 2) Untuk mengetahui posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3) Untuk mengetahui pemijatan pada penonjolan tulang 4) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5) Agar pasien mengetahui produk berbahan ringan/

			3) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 7) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 8) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 9) Anjurkan minum air yang cukup 10) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 12) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 13) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 6) Agar pasien menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 7) Agar pasien menggunakan pelembab 8) Agar pasien minum air yang cukup 9) Agar pasien meningkatkan asupan nutrisi 10) Agar pasien meningkatkan asupan buah dan sayur 11) Agar pasien menghindari terpapar suhu ekstrim 12) Agar pasien menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 13) Agar pasien mandi dan menggunakan sabun secukupnya
11	Defisit perawatan diri (D.0109)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6) Minat melakukan perawatan diri meningkat	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	1) Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk memonitor tingkat kemandirian 3) Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 4) Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5) Menyiapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6) Untuk menghindari hal

			sikat gigi, dan sabun mandi) 6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 9) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	yang tidak diinginkan saat melakukan perawatan diri sampai mandiri 7) Memfasilitasi kemandirian pasien bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8) Menentukan jadwal rutinitas perawatan diri pasien 9) Untuk melatih kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri
12	Defisit nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2) Berat badan membaik 3) Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen (I.03119) Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi makanan yang disukai 3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 4) Monitor asupan makanan 5) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 6) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 7) Berikan suplemen makanan, jika perlu 8) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 9) Ajarkan posisi duduk, jika mampu 10) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 11) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	Nutrisi 1) Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2) Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan pasien 4) Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien 5) Untuk mengetahui ada tidaknya kelainan dalam hasil laboratorium 6) Untuk menambah nafsumakan pasien 7) Untuk menambah stamina pasien 8) Untuk menghindari adanya ketergantungan pasien pada perawat 9) Untuk memudahkan pasien makan 10) Agar pasien memahami diet yang sedang dijalani saat ini 11) Untuk menentukan asupan kalori yang diperlukan dan untuk mempertahankan berat badan yang sudah ditentukan

2.2.10 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Walid, 2019). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 (Rofifah, 2019), yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan tanpa pesanan dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.2.11 Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terancang tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Suparyanto, 2013). Dalam evaluasi, perawat dapat mengetahui sejauh mana asuhan yang telah diberikan kepada pasien dengan melihat pada kerangka SOAP, istilah SOAP yakni subjektif, objektif, analisis data, dan perencanaan.

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

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