BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Stroke

1. Definisi

Stroke adalah gangguan pada sistem pembuluh darah otak yang ditandai dengan tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak, sehingga mengakibatkan kerusakan atau kematian jaringan otak dan gangguan fungsi otak (Aulyra Familah *et al.*, 2024). Sedangkan menurut (Anies,2018 dalam Astannudinsyah *et al*., 2020) stroke merupakan suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Stroke merupakan penyakit gangguan fungsi cerebral yang biasanya disebebkan oleh terhambatnya aliran pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah otak dengan gejala berlangsung selama 24 jam yang sifatnya global maupun loka dan terjadi secara mendadak (Kariasa,2022). Stroke iskemik merupakan stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak sehingga oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak (Hisni et al., 2022).

2. Faktor Resiko

Adapun beberapa faktor-faktor yang dapat menyebabkan stroke menurut (KHULSUM, 2019) :

a. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan penyebab utama terjadinya stroke, dimana tekanan darah rata-rata berada di atas 120 mmHg/80 mmHg. Peningkatan tekanan darah ini sering disebabkan oleh aterosklerosis. Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan penyempitan diameter pembuluh darah, sehingga aliran darah yang menuju ke otak berkurang. Kurangnya aliran darah pada otak dapat mengakibatkan berkurangnya pasokan oksigen dan glukosa, yang pada akhirnya dapat menyebabkan infark pada jaringan otak. Pasien hipertensi yang berlangsung lama dapat mengalami kerusakan arteri, penebalan dinding arteri, aterosklerosis atau bahkan pecahnya arteri

2) Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan faktor utama yang berkontribusi terhadap terjadinya stroke. Jantung berfungsi sebagai pusat aliran darah dalam tubuh, sehingga jika terjadi kerusakan pada aliran darah, maka pendistribusian darah ke seluruh tubuh akan terganggu, termasuk aliran darah yang menuju ke otak.

3) Diabetes Militus

Pada penyakit diabetes melitus, hiperglikemia menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah, baik yang besar maupun kecil. Akibatnya, aliran darah menjadi lambat, termasuk adanya hambatan dalam sirkulasi darah ke otak.

4) Merokok

Merokok dapat mengurangi jumlah oksigen dalam darah, membuat jantung bekerja lebih keras, dan meningkatkan risiko pembekuan darah. Selain itu, merokok juga dapat mempermudah terjadinya sumbatan pada pembuluh darah di otak.

5) Obesitas

Obesitas dapat mengakibatkan terjadinya stroke karena gangguan pembuluh darah salah satunya pada pembuluh darah otak. Apabila seseorang mengalami oebsitas maka rentan terjadinya hipertensi dan peningkatan kolestrol.

6) Kurang aktivitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik bisa mengurangi kelenturan fisik termasuk kelenturan pembuluh darah, salah satunya adalah pembuluh darah otak.

7) Kolestrol

Kolestrol dapat mengakibatkan terjadinya stroke karena pembuluh darah akan mengalami penyempitan dan dapat juga mengalami penyumbatan pembuluh darah yang mengalir.

b. Faktor resiko yang tidak dapat diubah

1) Usia

Usia lanjut akan lebih rentan terkena stroke dibandingkan usia yang lebih muda. Semakin bertambahnya usia akan mengalami fleksibelitas yang berkurang dan jaringan pada tubuh akan terasa kaku, termasuk pembuluh darah.

2) Jenis kelamin

Penelitian menunjukan bahwa pria lebih sering terkena stroke daripada wanita, yaitu mencapai kisaran 1,25 kali lebih tinggi. Namun, justru lebih banyak wanita yang meninggal dunia karena stroke.

3) Faktor keturunan

Seseorang yang memiliki riwayat penyakit stroke pada keluarganya mempunyai resiko lebih tinggi untuk terkena stroke dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki riwayat penyakit stroke pada keluargnya.

3. Klasifikasi Stroke

Stroke terbagi menjadi dua jenis, yaitu stroke hemoragik dan stroke nonhemoragik (iskemik). Dari keseluruhan kasus stroke, sekitar 85% merupakan stroke nonhemoragik atau stroke iskemik (Handayani & Dominica, 2018).

a. Stroke iskemik

Stroke iskemik atau stroke nonhemoragik terjadi akibat adanya penyumbatan pada pembuluh darah arteri yang mengalirkan darah ke otak. Proses penyumbatan tersebut berkaitan dengan terjadinya arteriosklerosis, yaitu kondisi yang disebabkan oleh penumpukan lemak pada dinding arteri sehingga menimbulkan kerusakan pada lapisan pembuluh darah. Kerusakan tersebut memicu terbentuknya gumpalan darah (trombus) yang menyebabkan penyempitan arteri dan menghambat aliran darah ke otak (Nabyl, 2012).

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi saat pembuluh darah pecah sehingga aliran darah yang seharusnya mengalir secara normal menjadi terhambat. Karena airan darah terhambat, maka akan terjadi perembesan darah ke otak hingga merusak bagian otak yang terkena dan dapat terjadi di seluruh bagian otak. Akibat dari pembuluh darah yang pecah maka sel otak juga dapat mengalami

kerusakan hingga kematian karena aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak terhenti.

4. Etiologi

Menurut (Kusyani ,2021), penyebab terjadinya stroke diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak berupa penyumbatan pembuluh darah, sehingga jaringan otak mengalami kekurangan suplai oksigen. Sumbatan tersebut dapat disebabkan oleh trombus yang terbentuk di dalam pembuluh darah otak maupun berasal dari pembuluh darah di luar otak. Kondisi ini ditandai dengan gejala seperti kelemahan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis), sakit kepala, mual dan muntah, gangguan penglihatan, serta kesulitan menelan (disfagia).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang terjadi akibat perdarahan intraserebral atau subaraknoid yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu, sehingga darah menyebar ke dalam jaringan otak. Perdarahan tersebut dapat dengan cepat menimbulkan gangguan neurologis akibat peningkatan tekanan di dalam rongga tengkorak. Kondisi ini ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran, peningkatan

denyut nadi dan frekuensi pernapasan, penyempitan pupil, kaku kuduk, serta hemiplegia.

5. Manifestasi Klinis

Menurut Kusyani (2021), tanda dan gejala stroke dikelompokkan berdasarkan jenis atau klasifikasi stroke yang dialami yaitu :

a. Hemoragik

Akibat iritasi pada meninges oleh darah, pasien dapat mengalami nyeri kepala hebat yang muncul secara tiba-tiba dalam hitungan detik, disertai fotofobia, mual, muntah, serta tanda-tanda meningismus seperti kaku kuduk dan tanda Kernig. Pada kasus perdarahan yang lebih berat, dapat terjadi peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan kesadaran. Pemeriksaan funduskopi dapat menunjukkan adanya edema papil dan perdarahan retina. Gejala neurologis fokal juga dapat muncul akibat efek lokalisasi semu dari peningkatan tekanan intrakranial, adanya perdarahan intraserebral yang menyertai, terjadinya spasme pembuluh darah, serta iritasi darah yang disertai kondisi iskemia.

b. Iskemik (non hemoragik)

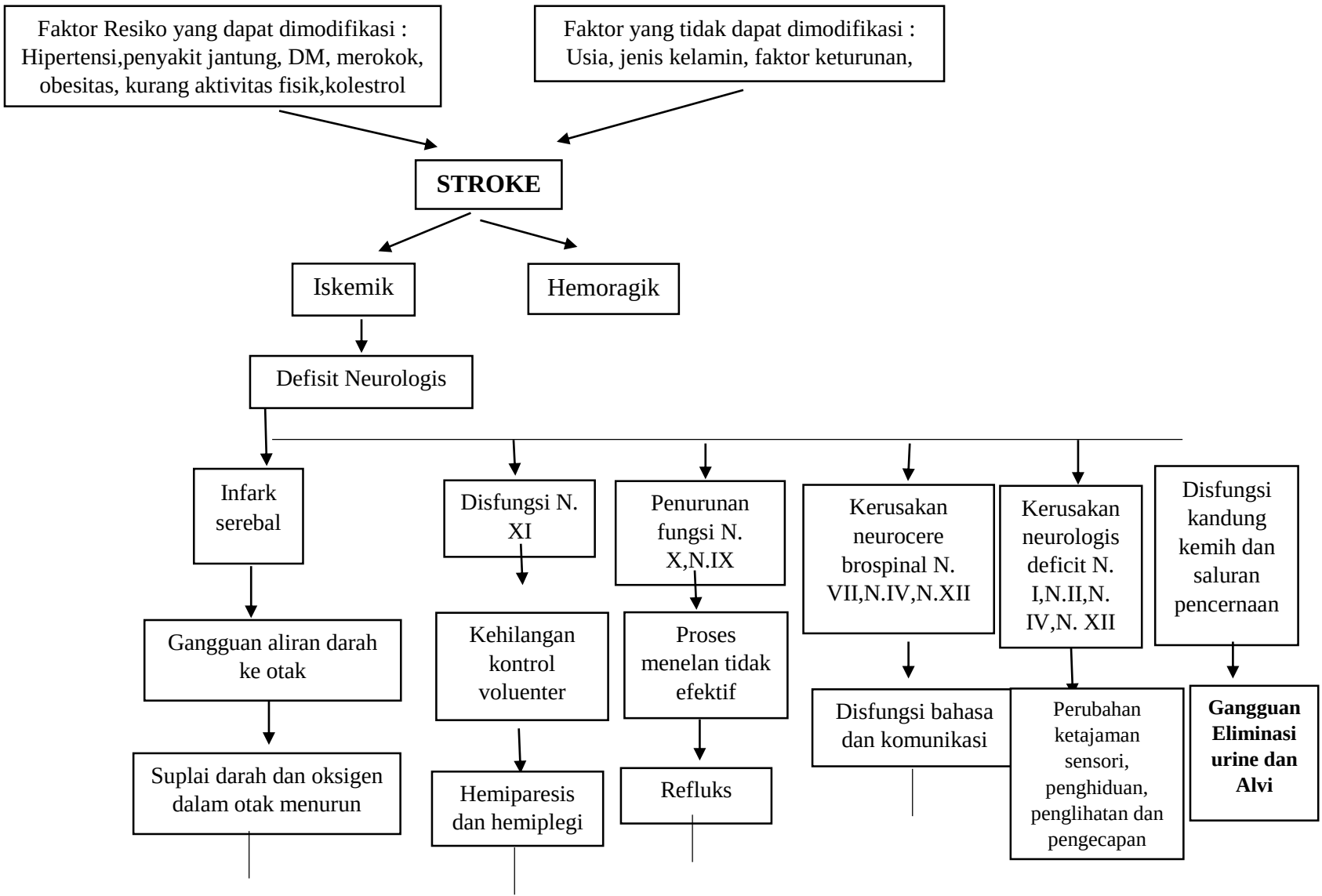
Ciri utama TIA adalah hilangnya fungsi fokal sistem saraf pusat secara tiba-tiba. Gejala seperti sinkop, kebingungan, atau pusing saja tidak cukup untuk menegakkan diagnosis

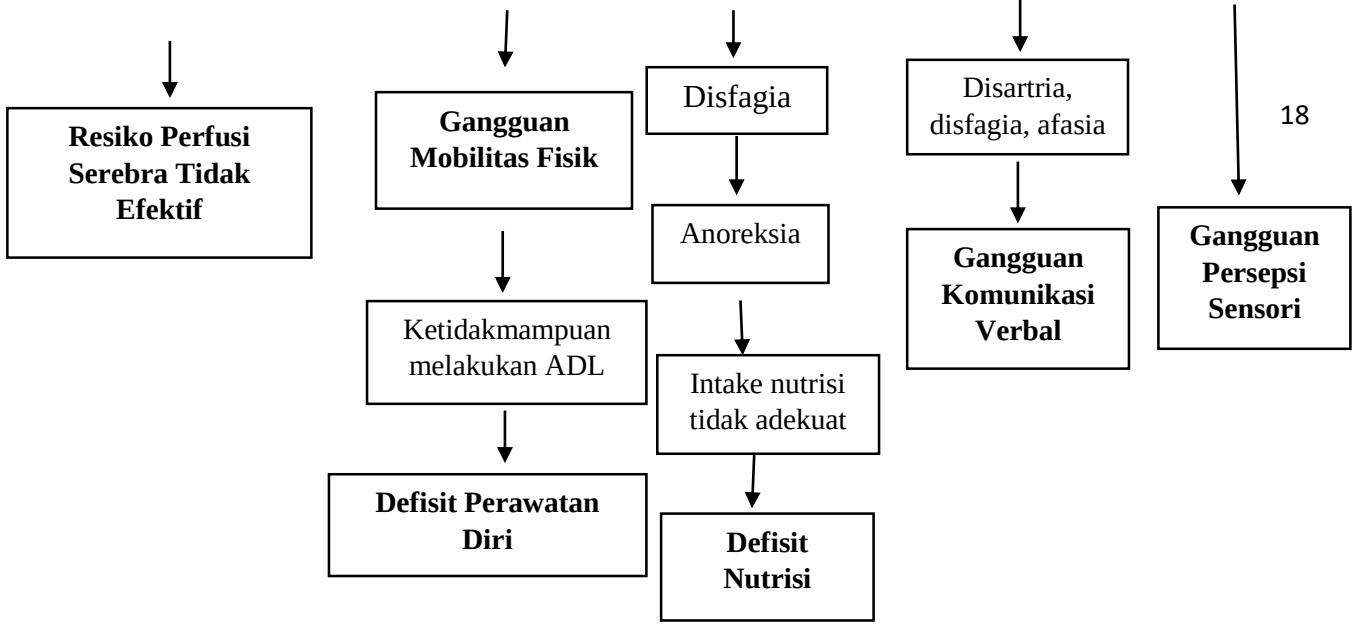
TIA.Umumnya, TIA berlangsung hanya beberapa menit dan jarang terjadi hingga berjam-jam. Manifestasi klinis yang muncul bergantung pada wilayah arteri yang mengalami gangguan.

Pada keterlibatan arteri karotis, gejala yang dapat timbul antara lain hemiparesis, gangguan sensasi unilateral (hemisensorik), disfagia, serta kebutaan pada satu mata (amaurosis fugax) akibat iskemia retina. Sementara itu, gangguan pada sistem vertebrobasilar dapat menimbulkan paresis atau kehilangan sensasi bilateral atau berselang-seling, kebutaan mendadak pada kedua mata (terutama pada usia lanjut), diplopia, ataksia, vertigo, dan disfagia, dengan sedikitnya dua dari gejala tersebut muncul secara mendadak.

1. Patofisiologi

a. Skema





Gambar 2 1 Patway Stroke Menurut

(Muttaqin,2008)

b. Uraian

Stroke merupakan kondisi neurologis akut yang terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak, yang dipengaruhi oleh faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, kebiasaan merokok, obesitas, kurangnya aktivitas fisik, serta kadar kolesterol yang tinggi. Sementara itu, faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, jenis kelamin, dan faktor keturunan. Kombinasi faktor-faktor tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke, baik stroke iskemik maupun stroke hemoragik. Stroke iskemik terjadi akibat sumbatan pembuluh darah otak yang menyebabkan infark serebral. Kondisi ini mengakibatkan gangguan aliran darah ke otak sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak menurun. Akibatnya, terjadi ketidakefektifan perfusi serebral yang dapat menimbulkan defisit neurologis. Defisit neurologis ini mencakup gangguan kontrol volunter yang menyebabkan hemiparesis atau hemiplegi, yang berdampak pada gangguan mobilitas fisik.

Gangguan mobilitas ini selanjutnya menyebabkan ketidakmampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Activity Daily Living/ADL), sehingga muncul masalah defisit perawatan diri. Selain gangguan motorik, stroke juga dapat menyebabkan disfungsi saraf kranial. Disfungsi nervus XI dapat mengganggu kontrol otot tertentu, sedangkan penurunan fungsi

nervus IX dan X menyebabkan gangguan proses menelan yang tidak efektif. Gangguan menelan ini dapat memicu refleks yang tidak adekuat disfagia, hingga anoreksia, yang pada akhirnya menyebabkan asupan nutrisi tidak mencukupi dan berujung pada defisit nutrisi.Kerusakan pada pusat bahasa dan saraf kranial tertentu juga dapat menimbulkan gangguan komunikasi. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat berupa disartria, disfagia, dan afasia, yang berdampak pada gangguan komunikasi verbal pasien.Selain itu, kerusakan neurologis pada nervus II, III, IV, V, VI, dan XII dapat menyebabkan perubahan ketajaman sensorik, gangguan penglihatan, pendengaran, serta kemampuan pengecapan, yang selanjutnya mengakibatkan gangguan persepsi sensori. Stroke juga dapat memengaruhi fungsi kandung kemih dan saluran pencernaan akibat gangguan neurologis. Kondisi ini menyebabkan gangguan eliminasi, baik urin maupun alvi, yang berdampak pada kenyamanan dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

7. Komplikasi

Menurut (Sherina et al., 2022) komplikasi yang terjadi pada penderita stroke yaitu :

a. Fase Akut

1) Hipoksia cerebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang mengalami infark atau kerusakan akibat pendarahan, terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah. Tidak memadainya aliran darah

dan oksigen menyebabkan hipoksia pada jaringan otak. Fungsi otak sangat dipengaruhi oleh tingkat kerusakan dan lokasi yang terkena. Aliran darah ke otak bergantung pada tekanan darah, fungsi jantung (cardiac output), dan integritas pembuluh darah. Oleh karena itu, pada pasien stroke, mengalirkan darah sangat penting untuk memastikan perfusi jaringan yang baik dan mencegah terjadinya hipoksia cerebral.

2) Edema serebri

Merupakan respons fisiologis terhadap trauma jaringan. Edema muncul ketika area yang mengalami hipoksia atau iskemik, di mana tubuh meningkatkan aliran darah ke lokasi tersebut melalui vasodilatasi pembuluh darah dan peningkatan tekanan. Hal ini menyebabkan cairan interstisial berpindah ke ruang ekstraseluler, yang mengakibatkan edema pada jaringan otak.

3) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Peningkatan massa di otak, seperti akibat perdarahan atau edema, akan meningkatkan tekanan intrakranial. Hal ini ditandai dengan munculnya defisit neurologi, seperti gangguan motorik, sensorik, sakit kepala, dan gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang signifikan dapat menyebabkan herniasi cerebral, yang merupakan ancaman bagi kehidupan.

4) Aspirasi

Pasien stroke yang mengalami gangguan kesadaran atau koma sangat berisiko mengalami aspirasi karena hilangnya refleks batuk dan menelan.

b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

1) Komplikasi umum yang terjadi selama masa pemulihan atau lanjutan sering kali disebabkan oleh immobilisasi, seperti pneumonia, dekiubitus , kontraktur, thrombosis vena dalam, atrofi, serta inkontinensia urin dan tinja.
2) Kejang, dapat terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik di otak.
3) Nyeri kepala kronis dapat muncul dalam bentuk migrain, nyeri kepala tegang, dan nyeri kepala kluster.
4) Malnutrisi sering terjadi karena asupan yang tidak mencukupi.

8. Pemeriksaaan Diagnostik

Menurut (Susilo, 2019) pemeriksaan penunjang pada pasien stroke yaitu :

a. Radiologi

1) *Computerized Tomografi Scanning* (CT Scan) digunakan untuk mengidentifikasi area infark, edema, hematoma, serta struktur dan sistem ventrikel otak.
2) *Magnetic Resoname Imaging* (MRI) digunakan untuk menunjukkan daerah yang mengalami infark, perdarahan, dan malformasi arteriovenosa.

3) *Elektro Encephalografi* (EEG) digunakan untuk mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak dan dapat mengindikasikan area lesi yang spesifik.
4) *Angiografi Serrebral* digunakan untuk membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik, seperti perdarahan, obstruksi arteri, atau adanya titik oklusi atau pecah.
5) *Sinar X Tengkorak* digunakan untuk mendeteksi adanya klasifikasi karotis interna pada trombosis serebral.
6) *Fungsi Lumbal* digunakan untuk menyalakan tekanan normal; peningkatan tekanan dan keberadaan darah dalam cairan dapat menunjukkan hemoragik subaraknoid atau perdarahan intrakranial. Prosedur ini memiliki kontraindikasi pada kondisi peningkatan tekanan intrakranial.
7) *Elektro Kradiogram* digunakan untuk mendeteksi penyakit jantung yang juga dapat menjadi faktor penyebab stroke.

b. Laboratorium
1) Pemeriksaan darah lengkap meliputi Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit , dan Laju Endap Darah (LED).
2) Pemeriksaan gula darah sewaktu atau kimia darah

   Pada fase akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250mg/dl dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

3) Mengukur kolestrol dan lipid

Pada pasien stroke iskemik, hiperkolesterolemia atau hiperlipidemia dapat terjadi. Kadar kolesterol darah normalnya di bawah 200 mg/dl, sedangkan pada penderita stroke iskemik, kadar tersebut bisa mencapai lebih dari 240 mg/dl.

4) Asam urat

Untuk mengetahui kadar asam urat dalam tubuh, kadar normalnya pada pria adalah antara 7.0-7.2 mg/dl, sedangkan pada wanita berkisar antara 5.7-6.7 mg/dl.

5) Eletrolit

Nilai normal kadar elektrolit dalam tubuh adalah sebagai berikut: natrium antara 136-145 mmol/L, kalium antara 3.5-5.1 mmol/L, dan klorida antara 97-111 mmol/L.

6) Masa pembekuan dan masa perdarahan

Analisis masa pembekuan dan masa pendarahan digunakan untuk menilai fungsi sistem pembekuan darah. Nilai normal untuk masa pembekuan darah adalah antara 2-6 menit, sedangkan nilai normal untuk masa pembekuan darah adalah antara 70-120 detik.

9. Penatalaksanaan Stroke

Menurut Haryono & Utami (2020) untuk menangani stroke iskemik, penting untuk segera mengembalikan aliran darah ke otak melalui beberapa prosedur berikut:

a. Penatalaksanaan Khusus

1) Perawatan darurat dengan obat-obatan

Terapi dengan obat yang menghancurkan gumpalan darah harus dimulai dalam waktu 4,5 jam setelah gejala muncul, dengan semakin cepat pemberiannya, semakin baik hasilnya. Penanganan yang cepat tidak hanya meningkatkan peluang pasien untuk bertahan hidup, tetapi juga dapat mengurangi risiko komplikasi. Obat yang sering digunakan adalah injeksi intravena aktivator plasminogen jaringan (tPA). Suntikan tPA, yang juga dikenal sebagai alteplase, merupakan standar pengobatan untuk stroke iskemik. Biasanya, tPA diberikan melalui vena di lengan. Obat penghancur gumpalan yang kuat ini sebaiknya diberikan dalam waktu 3 jam. Dalam beberapa kasus, tPA dapat diberikan sampai 4,5 jam setelah gejala stroke muncul. Obat ini berfungsi mengembalikan aliran darah dengan cara melarutkan gumpalan yang menyebabkan stroke dan dapat membantu pasien untuk pulih sepenuhnya.

2) Prosedur Endovaskuler Darurat

a) Obat-obatan dikirim langsung ke otak. Dokter dapat memasukkan kateter tipis melalui arteri di selangkangan dan mengarahkannya ke otak untuk mengirim tPA langsung ke area yang terkena stroke. Proses ini disebut trombolisis intraarterial.

b) Menghilangkan bekuan denfan Retriever Sten. Dokter menggunakan kateter untuk menempatkan perangkat di pembuluh darah yang tersumbat di otak, yang berfungsi untuk memanggil dan mengangkat pembekuan. Prosedur ini sangat berguna bagi pasien dengan gumpalan besar yang tidak bisa diatasi dengan tPA, meskipun sering kali dikombinasikan dengan tPA intravena.

3) Prosedur lainnya

a) Endarterektomi Karotis

Dalam prosedur endarterektomi karotis, seorang ahli bedah menghilangkan plak dari arteri yang mengalir di sepanjang sisi leher menuju otak (arteri karotis). Dokter bedah akan membuat sayatan di bagian depan leher, membuka arteri karotis, dan mengangkat plak yang menghalangi aliran darah. Setelah itu, arteri diperbaiki dengan jahitan atau patch yang terbuat dari vena atau bahan buatan (cangkokan). Prosedur ini dapat mengurangi risiko stroke iskemik, tetapi juga membawa

risiko, terutama bagi individu dengan penyakit jantung atau kondisi medis lainnya.

b) Angioplasti dan Stent

Pada angioplasti, seorang ahli bedah biasanya mengakses arteri karotis melalui arteri di pangkal paha. Di sini, dokter bedah dapat dengan hati-hati dan aman mengarahkan peralatannya ke arteri karotis di leher. Sebuah balon kemudian akan digelembungkan untuk memperluas arteri yang menyempit. Setelah itu, stent dapat dimasukkan untuk menjaga agar arteri tetap terbuka.

b. Penatalaksanaan Umum

1. Pada fase akut

a) Terapi cairan, pada fase stroke akut resiko terjadinya dehidrasi dapat meningkat akibat penurunan kesadaran atau disfagia. Terapi cairan sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. American Heart Association merekomendasikan penggunaan normal saline dengan laju 50 ml/jam selama beberapa jam pertama setelah stroke iskemik akut. Setelah kondisi hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan dapat diberikan, seperti KAEN 3B atau KAEN 3A. Solusi kedua ini lebih efektif dalam mengatasi

dehidrasi hipertonik dan memenuhi kebutuhan homeostasis kalium dan natrium. Setelah fase stroke akut, larutan rumatan dapat diberikan untuk menjaga keseimbangan elektrolit, terutama kalium dan natrium.

b) Terapi oksigen, pada pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak, sehingga kebutuhan oksigen menjadi sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan menjaga metabolisme otak. Menjaga jalan napas, memberikan oksigen, dan menggunakan ventilator adalah tindakan yang dapat dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan analisis gas darah atau oksimetri.
c) Peningkatan tekanan intrakranial sering disebabkan oleh edema serebri, sehingga penting untuk mengurangi edema tersebut. Salah satu cara yang bisa dilakukan adalah dengan memberikan manitol, serta mengontrol atau mengendalikan tekanan darah.
d) Monitor fungsi pernafasan
e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
f) Memantau pantau tanda-tanda emboli paru dan tromboplebitis pada pasien yang menerima antikoagulan. Perhatikan keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial, serta refleks.

2. Fase rehabilitasi

   a) Mempertahankan nutrisi yang adekuat

   b) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)

   c) Mempertahankan integritas kulit

   d) Mempertahankan komunikasi yang efektif

3. Pembedahan

   Tindakan ini dilakukan jika pendarahan serebrum memiliki diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml, untuk tujuan dekompresi. Pemasangan tekanan ventrikulo-peritoneal juga dilakukan jika terdapat hidrosefalus obstruktif.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses pencucian yang melibatkan pengumpulan informasi akurat dari klien untuk memahami berbagai masalah yang ada. Pengkajian konservasi adalah usaha yang dilakukan perawat untuk mengidentifikasi permasalahan klien secara terstruktur, menyeluruh, tepat, singkat, dan berkelanjutan (Kartikasari et al., 2020).

a. Pengumpulan Data

   1) Identifikasi pasien

      Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, serta tanggal dan jam

masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosis medis . Stroke lebih sering terjadi pada usia lanjut, terutama setelah 55 tahun, dengan risiko yang meningkat dua kali lipat setiap sepuluh tahun, meskipun kondisi ini dapat menyerang semua kelompok usia. Berdasarkan jenis kelamin, pria memiliki risiko sekitar 1,25 kali lebih tinggi dibandingkan wanita, namun umumnya mengalami stroke pada usia yang lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidupnya lebih tinggi, sedangkan wanita cenderung mengalami stroke pada usia yang lebih tua dengan risiko kematian yang lebih besar (Simamora, 2013).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada klien dengan stroke iskemik umumnya akan muncul setelah terjadi disfungsi neurologi. Gejala yang sering dialami meliputi kelemahan pada anggota gerak di satu sisi tubuh, bicara tidak jelas, kesulitan berkomunikasi, sakit kepala, gangguan sensorik, kejang, dan perubahan kesadaran (Muttaqin,2008).

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark sering kali dimulai dengan gejala awal yang tidak disadari oleh pasien, seperti sering merasakan kesemutan dan kelemahan di satu sisi anggota gerak. Riwayat penyakit saat ini yang mungkin terjadi mencakup kebiasaan pasien mengalami sakit kepala, mual dan muntah, bahkan

mengalami kejang hingga kehilangan kesadaran, serta kelumpuhan di separuh tubuh dan gangguan fungsi otak(Muttaqin,2008).

4) Riwayat penyakit dahulu

Terdapat riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, trauma kepala, penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama, penggunaan obat-obatan koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obatan adiktif, serta masalah kegemukan (Muttaqin,2008).

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi atau diabetes mellitus (Muttaqin,2008)

6) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola istirahat tidur

Pasien stroke biasanya mengalami kesulitan istirahat dan tidur (Getudris, 2019).

b) Pola eliminasi

(1) Gejala : perubahan pola berkemih

(2) Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih (Muttaqin,2008)

c) Pola makan dan minum

(1) Gejala : nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut, disfagia, adanya riwayat diabetes

(2) Tanda : kesulitan menelan (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

d) Kebersihan diri atau personal hygiene

Pasien mengalami kesulitan dalam beraktivitas akibat kelemahan, kehilangan sensori, serta kondisi paralisis atau hemiplegia, sehingga mudah merasa lelah, hal ini berdampak pada kurangnya pemenuhan personal hygiene (Que, 2023).

e) Pola kegiatan atau aktivitas lain

Pada pasien dengan stroke, sering ditemukan kesulitan dalam melakukan aktivitas akibat kelemahan, kehilangan sensasi, atau paralisis (hemiplegia) (Kusyani, 2022).

f) Riwayat psikososial

Stroke merupakan penyakit yang memerlukan biaya tinggi. Pengeluaran untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan dapat mengganggu keuangan keluarga, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien serta anggota keluarganya (Muttaqin,2008).

g) Konsep diri

(1) Gambaran diri/citra diri

Pasien menyadari kondisi dirinya yang sedang sakit dan tidak ingin membebani keluarga, sehingga memilih untuk berserah diri kepada Tuhan dengan harapan segera memperoleh kesembuhan (Griselda, 2023).

(2) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya (Kusyani, 2022).

(3) Harga diri

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harpan, mudah marah, tidak kooperatif (Arisdiani, 2019).

(4) Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien 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).

(6) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

Terjadi perubahan pada hubungan dan peran klien akibat kesulitan berkomunikasi yang disebabkan oleh gangguan bicara (Kusyani, 2022).

(7) Pola seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine (Kusyani, 2022).

(8) Pola mekanisme koping

Pasien umumnya mengalami kesulitan dalam memecahkan masalah akibat gangguan proses berpikir serta kesulitan dalam berkomunikasi (Kusyani, 2022).

(9) Pola kognitif dan persepsi sensori

Biasanya di dalamnya statusmental, pola komunikasi, dan orientasi. Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan,perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Kusyani, 2022).

h) Data spiritual

Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama pasien . Bagaimana aktifitas spiritual pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Kusyani, 2022).

i) Pemeriksaan fisik

(1) Kesan umum/ keadaan umum

Pada pasien stroke tanpa penurunan kesadaran, umumnya berada dalam kondisi sadar penuh (*compos mentis*) dengan nilai GCS 4-5-6. Meskipun demikian, pasien tetap dapat mengalami defisit neurologis fokal yang muncul secara mendadak

Tabel 2 1 Tingkat Kesadaran Bersadarkan Kuantitatif

Kriteria	Tingkatan	Skor
Membuka mata/eye evening (E)		
Membuka sebelum diberi stimulus	Spontan	4
Membuka sebelum diberi perintah suara	Terhadap suara	3
Membuka sebelum diberi stimulus pada ujung jari	Terhadap rangsangan nyeri	2
Tidak membuka sama sekali	Tidak ada respon	1
Respon verbal/verbal respon (V)		
Menyebut nama, tempat, dan tinggal	Orientasi baik	5
orientasi tidak baik tetapi komunikasi jelas	Bingung	4
Kata-kata saja (berbicara tidak jelas)	Suara tidak dimengerti	3
Mengerang tanpa arti	Suara tidak jelas	2
Tidak ada suara yang terdengar	Tidak ada respon	1
Respon motorik/ motor respon (M)		
Mengikuti perintah	Menuruti perintah	6
Menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Mengetahui lokasi nyeri	5
Menghindar atau menarik extremitas menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Reaksi menghindar nyeri	4
Melipat siku, gerakan abnormal dominan	Fleksi abnormal	3

Ekstensi siku lengan	Ekstensi abnormal	2
Tidak ada gerakan lengan/tungkai (tanpa faktor pengahalng)	Tidak ada respon	1

Sumber : (Marwuntu, 2019)

(2) Tanda – tanda vital

Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Susanti, 2020)

(3) Pemeriksaan kepala dan leher

(a) Kepala dan rambut

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai (umumnya rambut tidak ada kelainan), kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi (Sulistiawaty, 2020)..

(b) Mata

Ketajaman penglihatan (visus) pada klien dapat mengalami penurunan atau rabun. Pada pemeriksaan mata umumnya ditemukan konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, serta kelopak mata tidak edema. Namun, pada pemeriksaan nervus III

(okulomotorius) dapat ditemukan kondisi pupil yang isokor maupun anisokor (Sulistiawaty, 2020).

(c) Hidung

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

(d) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi kesimetrisan telinga, adanya serumen, polip, atau lesi, serta penilaian fungsi pendengaran apakah masih baik atau mengalami gangguan. Selain itu, juga dilakukan pemeriksaan adanya nyeri tekan serta keberadaan polip pada telinga (Kusyani, 2022).

(e) Mulut

Terdapat gangguan pengecapan pada lidah, disertai kesulitan menelan dan membuka mulut. Selain itu, dapat ditemukan bibir sianosis, disartria (bicara cadel atau pelo), afasia (kesulitan berbicara), serta kelemahan pada lidah, faring, dan bibir (Arnasya, 2023).

(f) Leher

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

(g) Pemeriksaan payudara dan ketiak

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

(h) Pemeriksaan thorax/ dada paru

- Inspeksi : pernapasan regular,bentuk norma chest, tidak ada retraksi intracosta
- Palpasi : untuk menilai tactile fremitus
- Perkusi : untuk mengetahui suara paru,normalnya adalah sonor
- Auskultasi : suara nafas normalnya vesikuler, biasanya terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi atau wheezing (Sulistiawaty, 2020).

(i) Pemeriksaan jantung

- Inspeksi : Ictus kordis tidak Nampak
- Palpasi : teraba Ictus Cordis pada ICS V line midclavicularis sinistra
- Perkusi : suara jantung pekak
- Auskultasi : irama jantung regular (Sulistiawaty, 2020).

(j) Pemeriksaan abdomen

- Inpeksi : biasanya simetris, tidak ada asites
- Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar
- Perkusi : biasanya terdapat suara tympani
- Auskultasi : terdapat penurunan peristaltic usus akibat bedrest yang lama (5-35x/menit) (Sulistiawaty, 2020).

(k) Pemeriksaan genetalia

Dilakukan pengkajian terhadap adanya gangguan saat buang air kecil atau inkontinensia urine, keberadaan luka atau nyeri, serta penggunaan kateter urin (dower catheter/DC) (Kusyani, 2022).

(l) Pemeriksaan muskoloskeletal

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

(m) Pemeriksaan integument dan kuku

Pada pasien , kekurangan oksigen dapat ditandai dengan kulit tampak pucat, sedangkan kekurangan cairan ditunjukkan oleh turgor kulit yang buruk dengan waktu pengisian kembali lebih dari 2 detik. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian tanda-tanda dekubitus, terutama pada area tulang yang menonjol,

karena klien stroke umumnya menjalani tirah baring (bed rest) (Kusyani, 2022).

(n) Pemeriksaan tanda-tanda rangsangan meningeal (kaku kuduk)

Pada pasien stroke iskemik umumnya tidak ditemukan kaku kuduk (-). Selain itu, pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius), biasanya tidak terdapat gangguan apabila pasien tidak mengalami paresis (Kusyani, 2022).

(o) Pemeriksaan neurlogi

- Syaraf otak (nervus cranialis)

  Terdapat 12 saraf kranial yang diidentifikasi dengan angka Romawi. Masing-masing saraf kranial memiliki fungsi yang dapat bersifat sensorik, motorik, maupun gabungan keduanya, bahkan beberapa juga berperan dalam fungsi otonom.

  - Nervus I Olfaktorius : Pada pemeriksaan saraf sensorik penciuman dapat ditemukan adanya gangguan, di mana sebagian pasien masih mampu mengenali bau yang diberikan perawat, namun sebagian lainnya tidak dapat

mengenalinya. Selain itu, ketajaman penciuman antara sisi kiri dan kanan juga dapat berbeda.

- Nervus II Optikus : Pada gangguan sensori penglihatan, sering ditemukan gangguan hubungan visual parsial pada pasien dengan hemiplegia kiri. Umumnya, luas pandang dapat mencapai 90° dengan visus 6/6, namun terdapat gangguan pada lapang pandang.
- Nervus III Okulomotoris : Diameter pupil terukur 2 mm pada kedua mata (2 mm/2 mm).
- Nervus IV Trochlearis : pasien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah dan keatas.
- Nervus V Trigeminus : pasien mampu menggerakkan otot rahang da nada reflek berkedip
- Nervus VI Abdusen : pasien dapat mengikuti arah tangan perawat kesamping kanan dan kesamping kiri
- Nervus VII Fasialis : pasien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum.

- Nervus VIII Vestibulococlearis : Dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- Nervus IX Glosofaringius : pasien tidak dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan
- Nervus X Vagus : kemampuan pasien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan.
- Nervus XI Asesorius : pasien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat
- Nervus XII Hipoglosus : pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri,

(p) Pemeriksaan motorik dan sensorik

Fungsi motorik digunakan untuk menilai kekuatan otot pada anggota gerak, khususnya pada sisi tubuh yang mengalami stroke. Sementara itu, fungsi sensorik pada sentuhan atau raba menilai kemampuan klien dalam merasakan rangsangan sentuhan pada bagian tubuh yang terdampak. Selain itu, fungsi pengecapan mengukur kemampuan klien dalam merasakan rasa yang diberikan, dan fungsi penciuman

menilai kemampuan klien dalam mengenali bau yang diberikan (Kusyani, 2022).

(q) Pemeriksaan reflek

Refleks fisiologis meliputi refleks bisep, trisep, patella, sedangkan refleks patologis mencakup refleks plantar (Babinski) , dapat mengalami gangguan hingga terjadi kelumpuhan pada kondisi tertentu, seperti stroke. Pada fase akut, refleks fisiologis di sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan biasanya tidak muncul atau menghilang. Setelah beberapa hari, refleks fisiologis tersebut perlahan dapat kembali muncul. Kembalinya refleks ini sering kali didahului atau disertai dengan munculnya refleks patologis (Kusyani, 2022).

(r) Pemeriksaan penunjang

- Pemeriksaan radiologi atau rongten kepala dan medulla spinalis
- Pemeriksaan laboratorium darah
- Pemeriksaan foto thorax : untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pemebesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi
- Lumbal pungsi : pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada peradarahan yang pasif,

sedangkan perdarahan yang kecil biasanya likuor masih normal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis yang menggambarkan respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang sedang berlangsung maupun yang bersifat potensial. Diagnosis ini bertujuan untuk menjelaskan respons manusia, baik individu maupun kelompok, yang memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi dan mengidentifikasi intervensi secara jelas guna meningkatkan status kesehatan klien (SDKI, 2017).

Berdasarakan (SDKI,2017) diagnosis keperawatan yang mungkin muncul yaitu :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif (D. 0017)
2. Gangguan persepsi sensori (D.0085)
3. Defisit nutrisi (D. 0019)
4. Gangguan komunikasi verbal (D. 0119)
5. Gangguan mobilitas fisik (D. 0054)
6. Defisit perawatan diri (D.0109)
7. Gangguan eliminasi urine (D. 0040)

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawawatan adalah suatu treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai outcame (luaran) yang diharapkan. Tindakan keperawatan merupakan suatu perilaku atau

aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SDKI,2018).

Diagnosa keperawatan dan Perencanaan Keperawatan (SDKI, 2017), (SLKI,2018) dan (SIKI,2018)

Tabel 2 2 SDKI, SLKI, SIKI

No.	**Diagnosa Keperawatan**	**Luaran (SLKI)**	**Intervensi (SIKI)**
1.	**Resiko perfusi serebral tidak efektif** (D. 0017) **Definisi** : Beresiko mengalami sirkulasi darah ke otak. **Faktor resiko** : 1. Keabnormalan masa protrombin 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. Hiperkolesteronemia 16. Hipertensi 17. Endokarditis infektif 18. Katup prostetik mekanis 19. Stenosis mitral 20. Neoplasma otak 21. Infark miokard akut 22. Sindrom sick sinus 23. Penyalahgunaan zat 24. Terapi tombolitik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan x24 jam diharapkan **perfusi serebral meningkat** dengan kriteria hasil (L. 02014) : 1. Tingkat kesadaran : meningkat (5) 2. Tekanan intrakranial : meningkat (5) 3. Sakit kepala : menurun (5) 4. Gelisah : menurun (5) 5. Tekanan darah sistolik :membaik (5) 6. Tekanan darah diastolik : membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakrnial (I.06194) Observasi : a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolism, edema serebral) b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun) c. Monitor MAP (Mean Arteria Pressure) d. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu e. Monitor PAWP, jika perlu f. Monitor PAP, jika perlu

	25. Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)		g. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia h. Monitor CPP(Cerebra Perfusion Pressure) i. Monitor gelombang ICP j. Monitor status pernafasan k. Monitor intake dan output cairan l. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik : m. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang n. Berikan posisis semi fowler o. Hindari maneuver Valvasa p. Cegah terjadinya kejang q. Hindari penggunaan PEEP r. Hindari pemberian IV hipotonik s. Atur ventilator agar PaCo2 optimal t. Pertahankan susu tubuh normal Kolaborasi : u. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

			v. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu w. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198) Observasi ; a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik) b. Monitor peningkatan TS c. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) d. Monitor penurunan frekuensi jantung e. Monitor ireguleritas irama napas f. Monitor penurunan tingkat kesadaran g. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil h. Monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang

			yang diindikasikan i. Monitor tekanan perfusi serebral j. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal k. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK Terapeutik l. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal m. Kalibrasi transduser n. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan o. Pertahankan posisi kepala dan leher netral p. Bilas sistem pemantauan, jika perlu q. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien r. Dokumentasikan hasil pemantaua Edukasi s. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan t. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2	Gangguan persepsi sensori (D.0085) Definisi : perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Penyebab :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan x24 jam diharapkan Persepsi Sensori (L.09083) membaik dengan kriteria hasil :	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi a. Monitor perilaku yang

	1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghiduan 4. Gangguan perabaan 5. Hipoksia serebra 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemajanan toksin lingkungan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melaui indera perabaan, penciukan, perabaan atau pengecapan Objektif 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecao, meraba, atau mencium sesuatu Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Menyatakan kesal Objektif 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat,orang atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar-mandir 8. Bicara sendiri Kondisi Kinis Terkait 1. Glaucoma 2. Katarak 3. Gangguan refraksi (myopia,hiporopia,astigmatisma,presbyopia) 4. Trauma okuler	1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (5) 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melaului indra perabaan menurun (5) 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun (5) 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun (5) 6. Perilaku hausinan menurun (5) 7. Melamun menurun (5) 8. Mondar mandir menurun (5) 9. Respon sesuai stimulus membaik (5) 10. Konsentrasi membaik (5)	mengindikasi hausinasi b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan c. Monitor isi hausinasi (mis. kekrasan atau membahayakan diri) Terapeutik d. Pertahankan lingkungan yang aman e. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrl perilaku (mis. limit setting,pembatasan wilayah,pengekamgan fisik,seklusi0 f. Diskusikan perasaan dan respoms terhadap halusinasi g. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi h. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi i. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi

	5. Trauma pada saraf kraniais II,III,IV dan VI akibat stroke, aneurisma, intrakrania, trauma/tumor otak)		j. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan music, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) k. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi l. Kolaborasi pemberian obat antispetik dan antiansietas, jika perlu Minimalisasi Rangsangan (I.08241) Observasi a. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan Terapeutik b. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) c. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) d. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat e. Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan

			Edukasi f. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi g. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan h. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus Pengekangan Kimiawi (I.09301) Observasi a. Identifikasi kebutuhan untuk dilakukan pengekangan (mis: agitasi, kekerasan) b. Monitor Riwayat pengobatan dan alergi c. Monitor respon sebelum dan sesudah pengekangan d. Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala e. Monitor kebutuhan

			nutrisi, cairan, dan eliminasi Terapuetik f. Lakukan supervisi dan survelensi dalam memonitor Tindakan g. Beri posisi nyaman untuk mencegah aspirasi dan kerusakan kulit h. Ubah posisi tubuh secara periodic i. Libatkan pasien dan/atau keluarga dalam membuat keputusan Edukasi j. Jelaskan tujuan dan prosedur pengekangan k. Latih rentang gerak sendi sesuai kondisi pasien Kolaborasi l. Kolaborasi pemberian agen psikotropika untuk pengekangan kimiawi
3	Defisit nutrisi (D. 0019) Definisi : asupan nutrisi cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolism Penyebab : 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan x24 jam diharapkan Status Nutrisi (L. 03030) membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alaergi dan

	3. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrein 4. Peningkatan kebutuhan metabolism 5. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi 6. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Berat badan menurun minima 10% dibawah rentang ideal Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun Objektif 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membrane mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare Kndisi Klinis Terkait 1. Stroke 2. Parkinson 3. Mobius syndrome 4. Cerebral palsy 5. Cleft lip 6. Cleft palate 7. Amytropic lateral sclerosis 8. Kerusakan neuromuscular 9. Luka bakar 10. Kanker 11. Infeksi 12. AIDS 13. Penyakit crihn's 14. Enterokolitis	dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat(5) 3. Kekuatan otot menelan meningkat (5) 4. Perasaan cepat kenyang menurun (5) 5. Nyeri abdomen menurun (5) 6. Berat badan membaik (5) 7. Frekuensi makan membaik (5) 8. Nafsu makan membaik (5) 9. Bising usus membaik (5)	intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrein e. Monitor asupan makanan f. Monitor berat badan g. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapuetik h. Lakukan ora hygiene sebelum makan,jika perlu i. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) j. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai k. Berikan makanan tinggi kaori dan tinggi protein l. Berikan suplemen makanan,jika perlu Edukasi m. Anjurkan posisi duduk,jika mampu n. Ajarkan diet yang diprogamkan Kolaborasi o. Kolaborasi pepmberian medikasi

	15. Fibrosis kistis		sebelum makan (mis. pereda nyeri,antiemetic),jika perlu p. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kaori dan jenis nurtrein yang dibutuhkan, jika perlu Promosi Berat Badan (I.03136) Observasi a. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang b. Monitor adanya mual dan muntah c. Monitor jumlah kalori yang di konsumsi sehari-hari d. Monitor berat badan e. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum Terapeutik f. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu g. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis: makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau

			gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi) h. Hidangkan makanan secara menarik i. Berikan suplemen, jika perlu j. Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai Edukasi k. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau l. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
4	**Gangguan komunikasi verbal** (D. 0119) **Definisi** : Penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan/atau menggunakam sistem simbol. **Penyebab** : 1. Penurunan sirkulasi serebral 2. Gangguan neuromuskuler 3. Gangguan pendengaran 4. Gangguan musculoskeletal 5. Kelainan palatum 6. Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi). 7. Hambatan individu (mis ketakutan, kecemasan, merasa malu emosional, kurang privasi) 8. Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan x24jam diharapkan **komunikasi verbal meningkat** dengan kriteria hasil (L. 13118) : 1. Kemampuan berbicara meningkat (5) 2. Kemampuan mendengar meningkat (5) 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5)	Promosi Kmunikasi : Defisit Bicara (I.13492) Observasi : a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara b. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) c. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara d. Identifikasi perilaku

	9. Hambatan lingkungan (mis ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing) **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif : - Objektif : 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai **Gejala dan Tanda Minor** Subjektif : - Objektif : 1. Afasia 2. Difasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 6. Afonia 7. Dislania 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekpresi wajah atau tubuh		emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : e. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan kom puter) f. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarka dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengue Derlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuankeluarga untuk memahami ucapan pasien) g. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan h. Ulangi apa yang disampaikan pasien

			i. Berikan dukungan psikologis j. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi: k. Anjurkan berbicara perlahan l. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi: m. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapi Promosi Komunikasi : Defisit Pendemgaran (I.13494) Observasi a. Periksa kemampuan pendengaran b. Monitor akumulasi serumen berlebihan c. Identifikasi metode komunikasi yang disukai pasien (mis: lisan, tulisan, Gerakan bibir, Bahasa isyarat) Terapeutik : d. Gunakan Bahasa sederhana

			e. Gunakan Bahasa Isyarat, jika perlu f. Verifikasi apa yang dikatakan atau ditulis pasien g. Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar h. Berhadapan dengan pasien secara langsung selama berkomunikasi i. Pertahankan kontak mata selama berkomunikasi j. Hindari merokok, mengunyah makanan atau permen karet, dan menutup mulut saat berbicara k. Hindari kebisingan saat berkomunikas l. Hindari berkomunikasi lebih dari 1 meter dari pasien m. Lakukan irigasi telinga, jika perlu n. Pertahankan kebersihan telinga Edukasi o. Anjurkan menyampaikan pesan dengan isyarat p. Ajarkan cara membersihkan serumen dengan tepat Promosi Komunikasi : Defisit Visual I.13494)

			Observasi a. Periksa kemampuan penglihatan b. Monitor dampak gangguan penglihatan (mis: risiko cidera, depresi, kegelisahan, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari Terapeutik c. Fasilitasi peningkatan stimulasi indra lainnya (mis: aroma, rasa, tekstur makanan) d. Pastikan kaca mata atau lensa kontak berfungsi dengan baik e. Sediakan pencahayaan cukup f. Berikan bacaan dengan huruf besar g. Hindari penataan letak lingkungan tanpa memberitahu h. Sediakan alat bantu (mis: jam, telepon) i. Fasilitasi membaca surat, surat kabar, atau media informasi lainnya j. Gunakan warna terang dan kontras di lingkungan k. Sediakan kaca pembesar, jika perlu

			Edukaai l. Jelaskan lingkungan pada pasien m. Ajarkan keluarga cara membantu pasien berkomunikasi Kolaborasi n. Rujuk pasien pada terapis, jika perlu
5	**Gangguan mobilitas fisik** (D. 0054) **Definisi :** Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri Penyebab : 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolism 3. Ketidak bugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun **Gejala dan Tanda Minor** Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L. 05042) : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak sendi (ROM) meningkat (5)	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi : a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi aktivitas fisik melakukan ambulasi c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik : e. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) f. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu

	3. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		g. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi : h. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi i. Anjurkan melakukan ambulasi dini j. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai teleransi) Dukungan Mobilisasi (I.105173) a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik e. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat

			bantu (mis: pagar tempat tidur) f. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu g. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi h. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi i. Anjurkan melakukan mobilisasi dini j. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
6.	**Defisit Perawatan Diri (D. 0109)** **Defiinisi:** Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri **Penyebab :** 1. Gangguan musculoskeletal 2. Gangguan neuromuscular 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/ minat **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif : 1. Menolak melakukan perawatan diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24jam diharapkan perawatan diri (L.11103) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan amndi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Kemampuan makan meningkat (5) 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5)	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas peraatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu keberishan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik

	Objektif : 1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ke toilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang **Gejala dan Tanda Minor** Subjektif : (tidak tersedia) Objektif (tidak tersedia) **Kondisi Klinis Terkait** 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Depresi 4. Arthritis rheumatoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia 8. Gangguan amnestic 9. Skizofernia dan gangguan psikotik lain 10. Fungsi penilaian terganggu	5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5)	4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum,sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Dukungan Perawatan Diri : BAK/ BAB (I.11349) Observasi a. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia b. Monitor integritas kulit pasien Terapeutik

			c. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi d. Dukung penggunaan toilet/commode/ pispot/urinal secara konsisten e. Jaga privasi selama eliminasi f. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu g. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan h. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu i. Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), jika perlu Edukasi j. Anjurkan BAK/BAB secara rutin k. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian (I.11350) Observasi a. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias

			Terapeutik b. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau c. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan d. Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu e. Fasilitasi berhias (mis: menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) f. Jaga privasi selama berpakaian g. Tawarkan untuk laundry, jika perlu h. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri i. Buku Motivasi Diri Edukasi j. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu k. Ajarkan menggunakan pakaian, jika perlu Dukungan Perawatan Diri : Makan/minum (I.11351) Observasi a. Identifikasi diet yang dianjurkan

			b. Monitor kemampuan menelan c. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik d. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan e. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum f. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu g. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat h. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan i. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan j. Sediakan makanan dan minuman yang disukai k. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu l. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia m. Konsultasi Perawatan Diri Edukasi n. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan

			penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) Kolaborasi o. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352) Observasi a. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan c. Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku) d. Monitor integritas kulit Terapeutik e. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) f. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman g. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan h. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan

			i. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri j. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi k. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan l. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
7.	**Gangguan Eliminasi Urin (D. 0040)** **Definisi :** dissfungsi kemih **Penyebab** : 1. Penurunan kapasitas kandung kemih 2. Iritasi kandung kemih 3. Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih 4. Efek tindakan medis dan diagnostic (mis. operasi ginja, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan) 5. Kelemahan otot pelvis 6. Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi) 7. Hambatan lingkungan 8. Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi 9. Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomia sauran kemih kongenital) 10. Imaturitas (pada anak usia <3 tahun) **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif : 1. Desakan berkemih (urgensi) 2. Urin menetes (dribbling) 3. Sering buang air kecil	Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24jam diharapkan elimasi urine (L.04034) membaik dengan kriteria hasil : 1. Sensasi berkemih meningkat (5) 2. Desakan berkemih (urgensi) menurun (5) 3. Distensi kandung kemih menurun(5) 4. Berkemih tidak tuntas menurun (5) 5. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun (5) 6. Volume residu urine menurun (5) 7. Urine menetes (dribbling) menurun (5) 8. Mengompol menurun (5)	Dukungan Perawatan Diri : BAK/ BAB (I.11349) Observasi a. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia b. Monitor integritas kulit pasien Terapeutik c. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi d. Dukung penggunaan toilet/commode/ pispot/urinal secara konsisten e. Jaga privasi selama eliminasi f. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu g. Bersihkan alat bantu BAK/BAB

	4. Nokturia 5. Mengompol 6. Enuresis Objektif : 1. Distensi kandung kemih 2. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) 3. Volume residu urin meningkat **Gejala dan Tanda Minor** Subjektif (tidak tersedia) Objektif (tidak tersedia) **Kondisi Klinis Terkait** 1. Infeksi ginja dan sauran kemih 2. Hiperglikemia 3. Trauma 4. Kanker 5. Cedera/tumor/infeksi medulla spinalis 6. Neuropati diabetikum 7. Neuropati alkoholitik 8. Stroke 9. Parkinson 10. Skeloris multiple 11. Obat alpha adrenergic		setelah digunakan h. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu i. Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), jika perlu Edukasi j. Anjurkan BAK/BAB secara rutin k. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu Manajemen Eliminasi Urin (I.04152) Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3. Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna Terapeutik 4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5. Batasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah

			(midstream) atau kultur Edukasi 7. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Ajarkan mengambil spesismen urine medstrime 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/ berkemih 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria, jika perlu

5. Implementasi

Implementasi keperawatan mencakup serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi masalah

kesehatan yang dihadapinya. Tujuannya adalah mencapai status kesehatan yang baik dan memenuhi kriteria hasil yang diharapkan, sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan (Rukmi et al. 2022).

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah proses penilaian terhadap pencapaian tujuan serta peninjauan kembali rencana keperawatan. Dalam evaluasi ini, penilaian dilakukan terhadap respons pasien yang mencakup aspek subjek, objek, pengkajian kembali (assessment), dan rencana tindakan (planning) (Basri et al. 2020).

Hasil yang diinginkan dalam evaluasi pasien dengan stroke iskemik mencakup:

a. Mencapai peningkatan mobilitas :
    1) Kemungkinan kerusakan kulit terhindar, serta tidak ada kontraktur dan foot droop
    2) Ikut serta dalam program latihan
    3) Mencapai keseimbangan saat duduk
    4) Menggunakan sisi tubuh yang tidak mengalami masalah untuk mengkompensasi kehilangan fungsi pada sisi hemiplegia

b. Mampu melakukan perawatan diri, termasuk kebersihan dengan menggunakan alat bantu yang sesuai.
c. Mengatur buang air kecil dengan baik.
d. Berpartisipiasi dalam program yang bertujuan meningkatkan kemampuan kognitif.

e. Terjadi peningkatan dalam komunikasi :

   1) Anggota keluarga menunjukkan perilaku positif dan menerapkan mekanisme koping

   2) Tidak ada komplikasi yang terjadi

f. Tekanan darah dan detak jantung berada dalam rentang normal.

g. Saat melakukan dokumentasi, menggunakan SOAP yaitu :

   S : Data subyektif yang mencakup masalah yang disampaikan oleh klien

   D: Data obyektif yang mencakup tanda klinis dan fakta yang terkait dengan diagnosis

   A : Analisis dan diagnosis

   P : Perencanaan yang mencakup rencana pengembangan untuk intervensi di masa depan