

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke

1. Pengertian

Stroke merupakan terhentinya aliran darah ke otak yang terjadi dengan tiba-tiba. Terhentinya aliran darah ini terjadi akibat sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Tidak sama dengan bagian lain pada tubuh, otak sangat bergantung dengan aliran darah dari luar otak. Otak tidak menghasilkan energi untuk kepentingan kerja otak, terhentinya aliran darah ke otak dapat menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan energi ke otak (Risdianto & Priambada, 2015).

Stroke merupakan penyakit *serebrovaskuler* (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (*infark serebral*) yang terjadi akibat berkurangnya aliran darah dan juga oksigen menuju otak. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak ini dapat diakibatkan oleh adanya sumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah (Yulianto, 2011). Di dalam Bahasa medis stroke disebut dengan CVA (*celebro-vaskuler accident*) (Lingga, 2013).

Stroke iskemik adalah penyakit yang diawali dengan terjadinya suatu perubahan di otak yang terserang sehingga apabila tidak ditangani akan menyebabkan kematian pada bagian otak tersebut. Stroke iskemik terjadi karena pasokan darah ke otak mengalami hambatan atau terhenti, hal ini akan menyebabkan kematian pada sel saraf (nekrosis) hal ini biasa

disebut stroke. Kejadian stroke iskemik sekitar 70-85% dari total kasus stroke (Junaidi, 2011).

2. Etiologi

Terjadinya stroke non hemoragik dikarenakan adanya pembuluh darah yang tersumbat, sehingga aliran darah pada jaringan otak menjadi berkurang. Thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral merupakan penyumbat pembuluh darah yang muncul akibat dari penumpukan plak sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan. Penyempitan pembuluh darah diakibatkan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup tidak sehat, rusak atau hancurnya neuron motoric atas (*upper motor neuron*) dan hipertensi (Mutaqin, 2011).

80% kasus stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak mengalami penyempitan atau adanya hambatan, sehingga aliran darah menjadi berkurang (Iskemia). Stroke iskemia dapat dibedakan menjadi dua. Menurut (Corwin, 2009 dalam Haryono & Utami, 2019) :

a. Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi karena terbentuknya gumpalan darah (trombus) pada salah satu arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan tersebut akibat dari deposit lemak (plak) yang menumpuk pada arteri dan mengakibatkan aliran darah menjadi berkurang (aterosklerosis) atau kondisi arteri lainnya.

b. Stroke Embolik

Stroke embolik terjadi saat gumpalan darah atau debris lainnya menyebar dari otak dan terbawa melalui aliran darah. Gumpalan ini disebut Embolus. Stroke embolitik berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Sumber umum embolus yang mengakibatkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta.

3. Patofisiologi

Iskemik otak terjadi bila aliran darah ke otak kurang dari 20 ml per 100 gram otak per menit. Stroke iskemik terjadi akibat aliran darah ke otak berkurang karena adanya sumbatan sehingga oksigen yang sampai ke otak juga berkurang atau tidak ada tergantung berat ringannya aliran darah yang tersumbat. Sumbatan oleh kerak (plak) aterosklerosis, thrombosis, thrombus (pecahan bekuan darah/ plak), emboli (udara, lemak) pada arteri otak bersangkutan, adalah sumbernya. Plak penyebab sumbatan terbentuk akibat dari proses aterosklerosis yang diperkuat dengan hadirnya berbagai faktor risiko (Junaidi, 2011).

Menurut (Departemen bedah saraf FKUI-RSCM, 2011) stroke iskemik terjadi karena bermacam-macam mekanisme yang mengurangi aliran darah ke otak dan mengurangi suplai oksigen dan glukosa ke sistem saraf pusat sehingga mengakibatkan retensi buangan metabolisme yang bersifat neurotoksik.

Beberapa mekanisme infark yang sudah dijelaskan akibat : gelembung udara, debris plak aterosklerosis, globul lemak, cairan amnion, sel tumor. Seringnya penyumbatan terjadi akibat thrombus yang terjadi *in situ* atau dari potongan bekuan darah yang bermigrasi ke otak dalam proses yang disebut embolisasi.

Iskemi dapat terjadi akibat ketidakmampuan darah untuk menyediakan jumlah oksigen yang dibutuhkan SSP, umumnya akibat cedera otak, keracunan karbon monoksida, anemia berat atau hipoksia berat. Sistem regulasi mempertahankan aliran darah ke otak ini berapapun tekanan darah arteri. Pada kondisi iskemi akut, autoregulasi hilang dan aliran darah menjadi tergantung pada tekanan darah arteri.

Aliran darah dipengaruhi oleh tekanan perfusi central dan tekanan intrakranial, apabila ada penurunan perfusi central atau peningkatan tekanan intrakranial maka ada potensi terjadi iskemi. Hal ini, mendorong turunnya tekanan darah arteri seketika pada pasien stroke, terutama apabila tekanan intrakranial meningkat. Aliran darah serebri menurun maka aliran listrik di area yang terkena menjadi abnormal klinis. Tekanan turun rata-rata 20-30 ml/100g/ menit. Hal ini terjadi apoptosis atau kematian sel.

Iskemi yang diinduksi hipoperfusi dari SSP terjadi pada hipotensi ortostatik, gagal jantung, syok atau pembedahan, karena cadangan darah menurun. Autoregulasi tidak bisa mempertahankan perfusi ke otak. Gejala neurologis dari iskemik adalah sinkop atau ensefalopati anoksik.

Iskemik bisa terjadi pada dasar basis perfusi akhir yang paling rentan pada penurunan aliran darah secara umum. Kejadian ini diperkirakan sebagai mekanisme terjadinya *watershield infaction* atau *borderzone infaction*.

Hipotensi yang tidak berat dapat menyebabkan iskemi fokal yang diyakini sebagai dasar dari arteri stenosis. Kondisi ini thrombosis arteri local bisa memperbesar efek hipoperfusi. Sebagai tambahan seberapa jaringan saraf, lobus medial temporal dapat menjadi lebih rentan terhadap efek episode hipotensi.

Sebagian besar infark sekunder terhadap oklusi arteri akut. Oklusi ini menginisiasi proses kompleks yang melibatkan intravaskuler, endotel, neuronal, glia dan fenomena inflamasi. Jaringan saraf yang iskemik dapat mati atau bertahan tergantung kemampuan tubuh atau dokter untuk mengintervensi perlindungan terhadap jaringan tersebut.

Pemanfaatan waktu sangat kritis, karena kematian atau selamatnya jaringan saraf dihitung dalam menit bukan jam. Beberapa jaringan saraf bisa cedera irreversible dan sel yang berdekatan dapat diselamatkan apabila terdapat intervensi yang cepat. Teori penumbra iskemik adalah dasar dari pendekatan manajemen pasien dengan infark akut SSP.

Oklusi arteri diikuti dengan kematian jaringan karena kekurangan perfusi dan disfungsi sel. Jaringan ini mungkin tidak bisa diselamatkan oleh intervensi medis atau pembedahan. Namun daerah sekitarnya

mungkin dapat aliran darah borderline. Sel ini mungkin disfungsi tetapi memiliki potensi penyembuhan.

Tidak ada apoptosis atau nekrosis sel ireversibel terjadi. rasional untuk skrining ketidaksesuaian antara difusi dan perfusi pada MRI berdasar konsep potensi viabilitas dari penumbra iskemik. Defek difusi menggambarkan area yang cedera ireversibel, area yang hipoperfusi menyatakan area penumbra. Restorasi cepat oleh aliran darah ke daerah penumbra atau pemberian agen yang memperbaiki metabolisme seluler dapat menyelamatkan.

Studi klinis mengevaluasi intervensi, seperti agen trombolitik yang sudah mendemonstrasikan kerusakan reversible dan potensi terselamatkan dari regio penumbra.

Adanya hipoksia kemampuan sel dalam mempertahankan metabolisme glukosa dan pembentukan adenosin triposfat gagal. Sehingga terjadi disfungsi pompa energi yang meregulasi aliran ion yang keluar masuk sel, akibatnya adalah edema depolarisasi dan intraselular. Diperkirakan hipotermia dapat menurunkan aktivitas metabolik sel dan melindungi neuron dari kondisi iskemik.

Terjadi penyempitan pembuluh darah menyebabkan berkurangnya pasokan darah menuju otak sehingga dapat menimbulkan peningkatan TIK, dan dapat mengakibatkan penurunan perfusi neurologis hingga kerusakan neurologis. Dampak yang terjadi dari kerusakan neurologis adalah saraf IX mengakibatkan kelemahan anggota gerak, VII, IX, XII

menyebabkan hilangnya fungsi tonus otot fasial sehingga mengganggu komunikasi dan pemenuhan kebutuhan nutrisi (Haryono & Utami, 2019).

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Risdianto & Priambada., 2015) gejala awal stroke adalah tidak berfungsinya sel otak, mengakibatkan munculnya gejala sesuai dengan bagian otak yang terkena. Pada umumnya yang dapat terjadi adalah penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak tubuh.

a. Penurunan Kesadaran

Terjadinya perdarahan langsung yang mempengaruhi system kesadaran di ARAS (*Acending Reticulating Activating System*) dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Kejadian ini sering membuat penderita akan segera mengalami penurunan kesadaran dalam masa serangan awal. Tidak hanya pecahnya pembuluh darah, tekanan tinggi dalam kepala merupakan penyebab lain dari penurunan kesadaran. Selain perdarahan dalam otak, penyumbatan di pembuluh otak pun dapat menyebabkan sel-sel otak terganggu. Mengakibatkan otak tidak mampu menjaga keseimbangan kondisi lingkungan.

b. Kelemahan Anggota Gerak

Kelemahan anggota gerak pada satu sisi tubuh, biasanya terjadi pada tangan atau kaki sering juga diikuti dengan mulut mencong pada sisi yang sama. Sistem kerja otak membagi kerja otak berdasarkan sisi tubuh. Otak kanan mengatur anggota tubuh kiri dan otak kiri mengatur bagian tubuh kanan. Sistem pembuluh darah yang

mengalir ke otak dibagi antara pembuluh darah untuk otak kanan dan untuk otak kiri, walau ada pembuluh darah penghubung. Namun apabila ada sumbatan pada pembuluh darah di salah satu sisi bagian tubuh maka sisi tubuh yang berlawanan akan terganggu.

c. **Bicara Cadel**

Orang dewasa sebagian besar dapat mengucapkan huruf R. Serangan stroke dapat mengganggu sistem saraf bicara, sehingga terjadi gangguan dalam pengucapan huruf R secara tiba-tiba.

d. **Pusing Tiba-Tiba**

Aliran darah ke otak yang mengalami gangguan akan mengakibatkan pusing yang hebat. Stroke terjadi secara tiba-tiba begitu pula timbulnya rasa pusing.

e. **Rasa Baal atau Kesemutan**

Aliran darah otak yang mengalami gangguan dan menyerang di daerah sensorik atau pengindra, menyebabkan tubuh merasakan baal pada satu sisi. Kesemutan hebat yang sering dirasakan penderita adalah pada leher, pundak, dan tangan. Kaki juga mengalami keluhan pada satu sisi.

Menurut (Tandra, 2018) dalam mengenali tanda-tanda stroke adalah dengan FAST :

- a. F (*Face*), wajah perot, miring
- b. A (*Arm*), lengan lemah, lumpuh, dan tidak bisa digerakkan
- c. S untuk (*Speech*), mulut tiba-tiba sulit bahkan tidak bisa bicara

- d. T untuk (*Time*), apabila terjadi hal seperti ini segera meminta bantuan atau pertolongan ke instalasi gawat darurat di Rumah Sakit. Karena semakin cepat penderita mendapat pertolongan maka kerusakan yang terjadi di otak semakin sedikit.

5. Faktor Risiko

Faktor risiko menurut (*Holistic Health Solution, 2011*) ada dua yaitu :

a) Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan

1) Usia

Risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Setelah berusia 55 tahun, risiko stroke meningkat dua kali lipat setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi tidak berarti hanya orang lanjut usia saja yang dapat terserang stroke, melainkan semua kelompok usia juga bisa terserang stroke.

2) Jenis kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada perempuan, penelitian menyimpulkan jika perempuan lebih banyak yang meninggal karena stroke. Saat seorang wanita menginjak usia 55 tahun, saat kadar estrogen menurun karena menopause, risikonya lebih tinggi dari pada pria.

3) Garis keturunan atau riwayat stroke dalam keluarga

Apabila dalam keluarga memiliki riwayat stroke maka risiko stroke lebih tinggi. Faktor genetic atau keturunan yang berperan antara lain tekanan darah tinggi, penyakit jantung,

diabetes, dan kelainan pembuluh darah. Gaya hidup dan pola makan keluarga yang tidak sehat dapat mendukung risiko stroke.

4) Ras atau etnik

Berdasar data American heart association, ras afrika-amerika berisiko terkena stroke tinggi dibanding ras kaukasia. Ras kulit hitam, dengan tingginya risiko hipertensi dan diabetes, jauh berisiko terkena stroke dari pada ras lain.

5) Diabetes

Walaupun diabetes dapat dikendalikan, namun diabetes berpeluang mengalami stroke karena akibat gangguan metabolisme. Risiko stroke pada penderita diabetes adalah dua kali lebih besar.

6) Aterosklerosis

Adanya penyumbatan pada dinding pembuluh darah karena lemak, kolesterol, kalsium.

7) Penyakit jantung (misalnya gangguan irama jantung, dan penyakit jantung koroner)

Selain aterosklerosis, penderita gagal jantung kongestif, penyakit katup jantung akut, pernah mengalami operasi penggantian katup dan fibrilasi serambi jantung (karena denyut denyut jantung yang tidak teratur, dan cepat), menyebabkan seseorang memiliki kecenderungan besar terkena stroke.

b) Faktor risiko yang dapat dikendalikan

1) Konsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang

2) Kurang gerak dan malas olahraga

Olahraga 30-40 per hari dapat mengurangi risiko stroke. Kurang olahraga dapat meningkatkan risiko hipertensi, meningkatnya HDL dan diabetes.

3) Obesitas

IMT lebih dari 30 dapat meningkatkan risiko hipertensi

4) Hipertensi

Hipertensi merupakan penyebab 40 persen stroke, ditandai dengan tekan sistolik diatas 140 mmHg dan diastolic diatas 90 mmHg.

5) Merokok

Kebiasaan merokok meningkatkan risiko stroke 50 persen dari pada yang tidak merokok.

6) Kolesterol

LDL dalam darah tinggi dapat memicu pengerasan pembuluh nadi atau aterosklerosis. Sedangkan kadar HDL dalam darah dapat melindungi pembuluh darah dan dapat melarutkan LDL sehingga mencegah terbentuknya plak.

7) Sleep apnea (mendengkur disertai berhenti nafas selama 10 detik)

Seseorang yang menderita sleep apnea dapat berisiko mengalami hipertensi dan kekurangan suplai oksigen dalam darah yang dapat menyebabkan stroke.

6. Komplikasi

Menurut (Junaidi, 2011) komplikasi stroke diantara yaitu :

- a. Dekubitus: tirah baring yang terlalu lama akibat lumpuh menyebabkan luka pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat tirah baring, seperti: pinggul, pantat, sendi kaki, tumit. Apabila dibiarkan, luka ini dapat menyebabkan infeksi. Cara agar terhindar dari luka atau dekubitus adalah dengan pindah posisi tidur secara berkala.
- b. Bekuan darah: menumpuknya cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru, bekuan darah sering terjadi di kaki yang lumpuh.
- c. Pneumonia: ketidak mampuan pasien stroke untuk batuk dan menelan secara benar, sehingga hal ini menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi. Hal ini dokter akan memberikan antibiotik.
- d. Kekakuan otot dan sendi: tirah baring yang lama akan menyebabkan otot dan sendi menjadi kaku, agar tidak terjadi kekakuan maka dilakukan fisioterapi.
- e. Stress atau depresi: hal ini terjadi karena pasien stroke merasa tak berdaya dan takut akan masa depannya.

- f. Nyeri pundak dan subluxation/dislokasi: gerakan ganti pakaian atau saat ditopang orang lain dapat menyebabkan rusaknya otot pada sekitar bahu yang mengontrol sendi, maka dari itu lengan pasien stroke diletakkan papan atau kain untuk menahan agar tidak terkulai.
- g. Pembengkakan otak.
- h. Infeksi : saluran kemih, paru (pneumonia aspirasi).
- i. Kardiovaskuler : gagal jantung, serangan jantung, emboli paru.
- j. Gangguan proses pikir dan ingatan : demensia (pikun).

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Harianto & Sulistyowati, 2015) pemeriksaan diagnostik Stroke :

- a. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) : untuk menunjukkan daerah manakah yang mengalami infark dan hemoragik.
- b. CT Scan (*Computerized Tomografi Scanning*) : untuk mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.
- c. EEG (*Elektro Encephalografi*) : untuk mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak dan mungkin untuk memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- d. Angiografi serebral : untuk mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau rupture.
- e. ECG (Elektro Kardiogram) : untuk mengetahui adanya kelainan pada jantung yang menjadi penyebab stroke.

- f. Pemeriksaan darah lengkap yang meliputi, Hb, leukosit, trombosit, LED, dan eritrosit.
- g. Pemeriksaan darah sewaktu.
- h. Kolesterol, lipid
- i. Asam urat, elektrolit.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Susilo, 2019) penalaksanaan stroke iskemik yaitu :

- a. Penatalaksanaan Umum
 - 1) Nutrisi
 - 2) Hidrasi intravena: koreksi dengan NaCl 0,9% jika hipovolemik
 - 3) Hiperglikemia: koreksi dengan insulin, bila stabil berikan insulin regular subkutan
 - 4) Neurorehabilitasi dini: stimulasi dini secepatnya dan fisioterapi gerak anggota badan aktif maupun pasif
 - 5) Perawatan kandung kemih: kateter menetap hanya pada keadaan khusus (kesadaran menurun, demensia, dan afasia global).
- b. Terapi spesifik stroke iskemik akut
 - 1) Thrombolisis rt-PA intravena/ intraarterial pada ≤ 3 jam setelah awitan stroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90 mg). sebanyak 10% dosis awal diberikan dalam bentuk bolus, sisanya dilanjutkan melalui melalui infus dalam waktu 1 jam.
 - 2) Antiplatelet : asam salisilat 160-325 mg/hari 48 jam setelah awitan stroke atau *clopidogrel* 75 mg/hari

- 3) Obat neuroprotektif
- 4) Hipertensi: tekanan darah diturunkan apabila tekanansistolik > 220 mmHg dan/atau tekanan diastolic > 120 mmHg dengan penurunan maksimal 20% dari tekanan arterial rata-rata (MAP) awal per hari.
- 5) Thrombosis vena dalam:
 - a) Heparin 5000 unit/12 jam selama 5-10 hari.
 - b) *Low molecular weight heparin* (enoksaparin/nadropin) 2 x 0,3-0,4 IU SC abdomen.
 - c) *Pneumatic boots, stoking elastic*, fisioterapi, dan mobilisasi.

Menurut Harianto & Utami (2019) untuk mengatasi stroke iskemik, aliran darah ke otak harus cepat dikembalikan dengan beberapa prosedur berikut :

a. Perawatan Darurat dengan Obat-obatan

Terapi menggunakan obat penghancur gumpalan darah harus dimulai dalam 4,5 jam apabila diberikan ke pembuluh darah (semakin cepat, semakin baik). Perawatan yang cepat bukan hanya meningkatkan pasien untuk bertahan hidup tetapi juga dapat mengurangi komplikasi.

Obat yang mungkin diberikan adalah injeksi intravena activator plasminogen jaringan (tPA). Injeksi activator plasminogen jaringan rekombinan (tPA), juga disebut alteplase, dianggap sebagai pengobatan standar untuk stroke iskemik. Injeksi tPA biasanya

diberikan melalui vena di lengan. Obat penghancur gumpalan ini memiliki waktu ideal dalam pemberiannya yaitu 3 jam. Pada beberapa kasus, tPA dapat diberikan dalam waktu 4,5 Jam setelah gejala stroke muncul. Obat ini dapat mengembalikan aliran darah dengan cara melarutkan gumpalan darah penyebab stroke serta dapat membantu orang yang mengalami stroke kembali pulih.

b. Prosedur Endovaskuler Darurat

Pengobatan stroke iskemik terkadang melibatkan prosedur yang dilakukan langsung di dalam pembuluh darah yang mengalami sumbatan. Prosedur ini dilakukan dengan segera, tergantung dari jenis bekuan darah :

1) Obat-obatan dikirimkan langsung ke otak

Dokter memasukkan tabung tipis (kateter) panjang melalui arteri di selangkangan dan memasukkannya ke otak untuk mengirim obat tPA langsung ke area dimana stroke terjadi. disebut trombolisis intra arterial.

2) Menghilangkan bekuan dengan *retriever stent*

Dokter memakai kateter untuk mengarahkan perangkat ke pembuluh darah yang tersumbat di otak dan juga menghilangkan bekuan. Prosedur ini sangat berguna untuk orang yang memiliki gumpalan besar yang tidak dapat larut sepenuhnya sengan obat tPA, prosedur ini seringkali dilakukan dalam kombinasi dengan tPA Intravena.

Beberapa penelitian menunjukkan terapi endovaskuler mungkin merupakan pengobatan yang paling efektif, tergantung dari lokasi bekuan dan faktor lain. Terapi endovaskuler terbukti secara signifikan meningkatkan hasil serta mengurangi kecacatan jangka panjang setelah stroke iskemik.

c. Prosedur Lainnya

Untuk mengurangi risiko mengalami stroke atau serangan iskemik transien, dokter dapat menyarankan prosedur untuk membuka arteri yang sempit akibat plak. Dokter seringkali menyarankan prosedur berikut untuk mencegah stroke, tergantung dari kesehatan pasien :

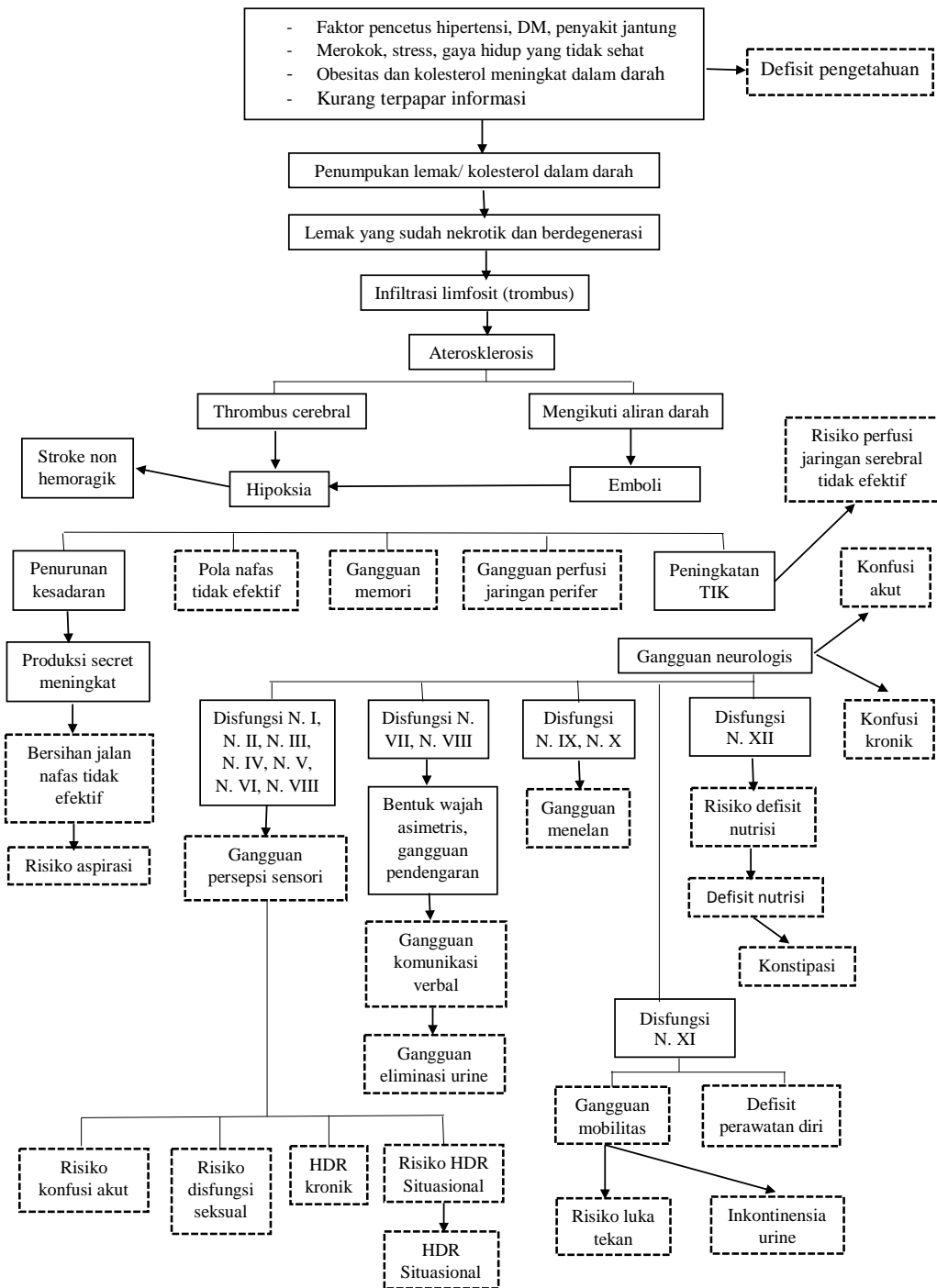
1) Endarterektomi Karotis

Seorang ahli bedah menghilangkan plak pada arteri di sepanjang sisi leher ke otak (arteri karotid). Prosedur ini, dokter bedah akan membuat sayatan di sepanjang bagian depan leher, membuka arteri carotid, dan menghilangkan plak yang menghalangi arteri carotid. Selanjutnya adalah memperbaiki arteri dengan jahitan atau *patch* yang terbuat dari vena atau bahan buatan (cangkokan). Prosedur ini dapat mengurangi risiko stroke iskemik. Endarterektomi karotis juga menimbulkan risiko, yaitu pada orang dengan penyakit jantung atau kondisi medis lainnya.

2) Angioplasty dan Stent

Seorang ahli bedah biasanya mengakses arteri carotid melalui arteri pada pangkal paha. Dokter bedah dapat dengan lembut dan aman mengarahkan peralatannya ke arteri carotid di leher. Sebuah balon kemudian ditiupkan untuk memperluas arteri yang menyempit. Kemudian stent bisa dimasukkan untuk mendukung arteri yang terbuka.

9. Nursing Pathway



Gambar 1 Nursing Pathway

Sumber: Harianto & Utami (2019), Wijaya & Putri (2013), Departemen Bedah Saraf FKUI-RSCM (2011), Krisnanto & Liliana (2017), SDKI (2017).

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik

1. Pengkajian

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) anamnesa pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial.

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, Jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke non hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Kekeliruhan, perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

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

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian psikososio spiritual

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

atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g. Aktivitas sehari-hari (Purwanto, 2016)

1) Nutrisi

Klien makan sehari-hari apakah sering makan makanan yang mengandung lemak, makanan apa yang sering dikonsumsi oleh pasien, misalnya: masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati, limpa, usus, bagaimana nafsu makan klien.

2) Minum

Apakah ada ketergantungan mengkonsumsi obat, narkoba, minum yang mengandung alkohol.

3) Eliminasi

Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, untuk eliminasi BAK ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada klien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) pemeriksaan tingkat kesadaran, neurologis, dan reflek :

1) Tingkat Kesadaran

GCS (Glasglow Coma Scale)

a) Respon membuka mata (E) :

(4) : spontan

(3) : dengan rangsang suara

(2) : dengan rangsang nyeri

(1) : tidak ada respon

b) Respon verbal (V) :

(5) : orientasi baik

(4) : bingung, bicara mengacau, disorientasi waktu dan tempat

(3) : kata-kata saja

(2) : suara tanpa arti

(1) : tidak ada respon

c) Motorik (M) :

(6) : mengikuti perintah

(5) : melokalisir nyeri/ menjangkau atau menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri

(4) : menghindar/ menarik extremitas menjauhi stimulus nyeri

(3) : flexi abnormal/ satu atau kedua tangan kaku diatas dada dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri

(2) : extensi abnormal/ satu atau kedua tangan extensi di sisi tubuh, jari mengepal dan kaki extensi saat diberi rangsang nyeri

(1) : tidak ada respon

2) Pemeriksaan Nervus Kranialis

a) N. I : Olfaktorius (penciuman)

Pasien memejamkan mata dan diminta untuk membedakan bau yang dirasakan (kopi, tembakau, parfum atau rempah-rempah).

b) N. II : Optikus (penglihatan)

Membandingkan ketajaman penglihatan, pasien diminta melihat benda yang letaknya jauh guna mengetahui lapang pandang, Reflek pupil dan Fundus occuli

Guna mengetahui Fundus occuli digunakan alat oftalmoskop. Putar lensa ke arah 0 dioptri maka fokus dapat diarahkan kepada fundus, kekeruhan lensa (katarak) dapat mengganggu pemeriksaan fundus. Bila retina sudah terfokus carilah diskus optikus dahulu. Caranya adalah dengan mengikuti perjalanan vena retinalis yang besar ke arah diskus. Semua vena ini keluar dari diskus optikus.

c) N. III : okulomotorius (gerakan kelopak mata ke atas, kontriksi pupil, gerakan otot mata)

(1) Ptosis, dicurigai apabila salah satu kelopak mata memotong iris lebih rendah dari pada mata yang lain, atau saat pasien mendongakkan kepala (untuk kompensasi) secara kronik atau mengangkat alis mata secara kronik pula.

(2) Gerakan bola mata

(3) Pemeriksaan pupil

d) N. IV (trochealis/ gerakan mata ke bawah dan ke dalam) :

Pergerakan bola mata kebawah dalam, gerak mata ke lateral bawah, strabismus, konvergen, diplopia

e) N. V (trigeminal/ gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kornea dan reflek kedip).

Cabang optamikus : memeriksa reflex berkedip

Cabang maxilaris : memeriksa kepekaan sensasi wajah, lidan dan gigi

Cabang mandibularis : memeriksa pergerakan rahang dan gigi

f) N.VI (abducen/ deviasi mata ke lateral):

Pergerakan bola mata ke lateral

g) N.VII (facialis/gerakan otot wajah, sensasi rasa 2/3 anterior lidah)

h) N.VIII (vestibulocochlearis/ pendengaran dan keseimbangan)

i) N. IX (saraf glosfaringeus) N.X (saraf vagus)

j) N.XI (accessorius/ gerakan otot trapezius dan sternocleidomastoideus)

k) N.XII (hipoglosus/ gerakan lidah).

3) Sistem motorik

a) Lesi neuron

(1) Lesi *Upper Mototrik Neuron* (UMN)

(a) Kehilangan kontrol volunteer

- (b) Peningkatan tonus otot
- (c) Tidak ada atropi otot
- (d) Refleks hiperaktif dan abnormal

(2) Lesi *Lower Motorik Neuron* (LMN)

- (a) Kehilangan kontrol volunter
- (b) Penurunan tonus otot
- (c) Paralisis flaksid otot
- (d) Atropi otot
- (e) Tidak ada atau penurunan reflex

b) Tonus dan kekuatan otot

Tonus otot adalah resistensi dengan menggerakkan sendi secara pasif dan sering terganggu bila ada gangguan. Sistem saraf. Gangguan. UMN meningkatkan tonus otot dan sebaliknya kekuatan otot diperiksa dgn membandingkan otot yang satu dgn yang lain mis, melakukan fleksi & ekstensi ekstremitas kemudian dilakukan penahanan.

c) Koordinasi dan gaya berjalan

Pengaruh serebelum terlihat pada kontrol keseimbangan dan koordinasi koordinasi tangan & ekstremitas atas di kaji dgn cara melakukan gerakan cepat, selang seling, dan uji menunjuk satu titik ke titik yang lainnya untuk ekstremitas bawah pasien diminta meletakkan tumit pada kaki yang satu & turun perlahan kebawah daerah tibia anterior. Gaya berjalan (gait) jg dapat

dinilai dengan meminta penderita berjalan dengan ayunan lengan.

d) Keseimbangan

Dapat diketahui dengan melakukan tes Romberg; Pasien berdiri dengan menggunakan satu kaki dgn tangan diturunkan pada sisi yang sama, sementara kaki yang satu diangkat dan tangan yang satunya dinaikan keatas, mula-mula mata terbuka kemudian tertutup 20-30 detik.

e) Refleks

Refleks tendon dalam dapat ditimbulkan dengan mengetukkan palu refleks secara cepat dan kuat pada tendon yang teregang sebagian kemudian berjalan disepanjang serabut aferen menuju medula spinalis kemudian bersinaps dengan neuron motoric atau neuron kornu anterior kemudian sinaps dihantarkan kebawah melalui neuron motorik radiks anterior kemudian diteruskan melalui saraf spinal dan saraf perifer, setelah melampaui batas neuromuskular, otot dirangsang untuk berkontraksi.

- 1) Refleks biseps : Peregangan tendon biseps pada saat siku dalam keadaan fleksi. Orang yang menguji menyokong lengan bawah dengan satu tangan sambil menempatkan jari telunjuk dengan menggunakan palu refleks. Respon normal, fleksi pada siku dan kontraksi biseps.

- 2) Refleks triseps: Lengan pasien difleksikan pada siku dan diposisikan di depan dada, pemeriksa menyokong lengan pasien dan mengidentifikasi tendon triseps dengan memalpasi 2,5-5 cm di atas siku. pemukulan langsung pada tendon normalnya menyebabkan kontraksi otot triseps dan ekstensi siku.
- 3) Refleks brahioradialis : Penguji meletakkan lengan pasien di atas meja atau disilangkan di atas perut, ketukan palu dengan lembut 2,5-5 cm di atas siku, pengkajian ini dilakukan dengan lengan dalam keadaan fleksi dan supinasi.
- 4) Refleks patella : Mengetok tendon patella tepat dibawah patella dimana pasien dalam keadaan duduk atau tidur terlentang. Jika pasien terlentang pengkaji menyokong kaki untuk memudahkan relaksasi otot. Kontraksi quadriseps dan ekstensi lutut adalah respon normal.
- 5) Refleks Achilles : Buat pergelangan kaki dalam keadaan rileks, kaki dalam keadaan dorsal fleksi pada pergelangan kaki dan palu diketokkan pada tendon Achilles.
- 6) Refleks superfisial diperiksa dengan menggoreskan kulit dengan benda keras seperti ujung sebuah palu refleks yang menyebabkan otot berkontraksi, refleks tersebut antara lain refleks abdominal, refleks kremaster, refleks gluteal, & refleks plantar.

- 7) Refleks abdominalis : Refleks supersuperfisial yang ada ditimbulkan oleh goresan pada kulit dinding abdomen.
 - 8) Refleks plantar : Ditimbulkan dengan menggores permukaan lateral telapak kaki dari tumit sampai kebantalan kaki dan melengkung ke arah medial melintasi bantalan kaki, normalnya terjadi fleksi jari-jari kaki.
 - 9) Refleks cremaster : Cara : goresan pada kulit paha sebelah medial dari atas ke bawah, Respon : elevasi testes ipsilateral
 - 10) Refleks gluteal : Cara: goresan atau tusukan pada daerah gluteal Respon : gerakan reflektorik otot gluteal ipsilateral
- f) Sistem sensorik
- 1) Sensasi taktil
Mengetahui sensitivitas daerah ekstremitas bagian proksimal dibandingkan bagian distal
 - 2) Sensasi nyeri dan suhu
Menentukan sensitivitas pasien terhadap objek yang tajam. Membedakan antara ujung yang tajam dengan yang tumpul. Untuk suhu menggunakan tabung yang diisi air hangat dan dingin.
 - 3) Merasakan posisi
Dapat ditentukan pada saat klien menutup mata, klien harus mampu berdiri dengan kedua kaki rapat tanpa bergoyang-goyang atau kehilangan keseimbangan.

4) Integrasi sensasi

Dilakukan dengan membedakan dua titik, jika klien disentuh oleh dua objek tajam bersamaan apakah klien mampu merasakan dua sentuhan tadi.

g) Tanda rangsang meningeal

1) Kaku kuduk

Untuk memeriksa kaku kuduk dapat dilakukan sbb: Tangan pemeriksa ditempatkan dibawah kepala pasien yang sedang berbaring, kemudian kepala ditekukan (fleksi) dan diusahakan agar dagu mencapai dada. Selama penekukan diperhatikan adanya tahanan. Bila terdapat kaku kuduk kita dapatkan tahanan dan dagu tidak dapat mencapai dada. Kaku kuduk dapat bersifat ringan atau berat.

2) Kernig sign

Pada pemeriksaan ini, pasien yang sedang berbaring difleksikan pahanya pada persendian panggul sampai membuat sudut 90° . Setelah itu tungkai bawah diekstensikan pada persendian lutut sampai membentuk sudut lebih dari 135° terhadap paha. Bila terdapat tahanan dan rasa nyeri sebelum atau kurang dari sudut 135° , maka dikatakan Kernig sign positif.

3) Brudzinski (Brudzinski's neck sign)

Pasien berbaring dalam sikap terlentang, dengan tangan yang ditempatkan dibawah kepala pasien yang sedang berbaring, tangan pemeriksa yang satu lagi sebaiknya ditempatkan didada pasien untuk mencegah diangkatnya badan kemudian kepala pasien difleksikan sehingga dagu menyentuh dada. Test ini adalah positif bila gerakan fleksi kepala disusul dengan gerakan fleksi di sendi lutut dan panggul kedua tungkai secara reflektorik

4) Brudzinski II (Brudzinski's contralateral leg sign)

Pasien berbaring terlentang. Tungkai yang akan dirangsang difleksikan pada sendi lutut, kemudian tungkai atas diekstensikan pada sendi panggul. Bila timbul gerakan secara reflektorik berupa fleksi tungkai kontralateral pada sendi lutut dan panggul, menandakan test ini positif

5) Lasegue sign

Untuk pemeriksaan ini dilakukan pada pasien yang berbaring lalu kedua tungkai diluruskan (diekstensikan), kemudian satu tungkai diangkat lurus, dibengkokkan (fleksi) persendian panggulnya. Tungkai yang satu lagi harus selalu berada dalam keadaan ekstensi (lurus). Pada keadaan normal dapat dicapai sudut 70° sebelum timbul rasa sakit dan tahanan. Bila sudah timbul rasa sakit dan

tahanan sebelum mencapai 70° maka disebut tanda Lasegue positif. Namun pada pasien yang sudah lanjut usianya diambil patokan 60° .

h) Refleks patologis

1) Babinski

Stimulus : penggoresan telapak kaki bagian lateral dari posterior ke anterior.

Respons: ekstensi ibu jari kaki dan pengembangan (fanning) jari-jari kaki.

2) Chaddock

Stimulus : penggoresan kulit dorsum pedis bagian lateral, sekitar malleolus lateralis dari posterior ke anterior.

Respons : ekstensi ibu jari kaki dan pengembangan (fanning) jari-jari kaki

3) Oppenheim

Stimulus : pengurutan crista anterior tibiae dari proksimal ke distal, Respons : ekstensi ibu jari kaki dan pengembangan (fanning) jari-jari kaki

4) Gordon

Stimulus : penekanan betis secara keras,

Respons : ekstensi ibu jari kaki dan pengembangan (fanning) jari-jari kaki.

5) Schaeffer

Stimulus : memencet tendon achilles secara keras.

Respons : ekstensi ibu jari kaki dan pengembangan (fanning) jari-jari kaki

6) Gonda

Stimulus : penekukan (planta fleksi) maksimal jari kaki keempat

Respons : ekstensi ibu jari kaki dan pengembangan (fanning) jari-jari kaki

7) Hoffman

Stimulus : goresan pada kuku jari tengah pasien

Respons : ibu jari, telunjuk dan jari - jari lainnya berefleks

8) Tromner

Stimulus : colekkan pada ujung jari tengah pasien

Respons : ibu jari, telunjuk dan jari - jari lainnya berefleks

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada kasus stroke dengan menggunakan standar diagnosis keperawatan indonesia oleh tim pokja SDKI DPP PPNI (2017) adalah :

a. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)

1) Definisi

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

2) Penyebab

Fisiologis:

- a) Hipersekresi jalan nafas
- b) Disfungsi neuromuskuler
- c) Sekresi yang tertahan
- d) Efek agen farmakologis (mis. Anestesi)

Situasional:

- a) Merokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

3) Gejala dan Tanda Mayor:

- a) Subjektif : tidak tersedia
- b) Objektif : batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, putum berlebih, mengi, *wheezing* dan atau *ronkhi* kering, mekonium di jalan nafas (pada neoatus)

4) Gejala dan Tanda Minor:

- a) Subjektif : dyspnea, sulit bicara, ortopnea
- b) Objektif : gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah

b. Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)

1) Definisi

Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

2) Penyebab

- a) Depresi pusat pernapasan
- b) Hambatan upaya nafas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- c) Gangguan neuromuscular
- d) Gangguan neurologis (mis. Elektroensefalogram positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- e) Penurunan energi
- f) Obesitas
- g) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

- h) Efek agen farmakologis
 - i) kecemasan
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif : dipsnea
 - b) Objektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-stokes*)
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif : ortopnea
 - b) Objektif : pernapasan *pursed-lip*, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah
- c. Resiko Aspirasi (D. 0006)
- 1) Definisi
Beresiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat kedalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas
 - 2) Faktor Risiko
 - a) Penurunan tingkat kesadaran

- b) Penurunan reflek muntah dan/atau batuk
 - c) Gangguan menelan
 - d) Disfagia
 - e) Kerusakan mobilitas fisik
 - f) Penurunan motilitas gastrointestinal
 - g) Perlambatan pengosongan lambung
 - h) Terpasang selang nasogastrik
 - i) Terpasang trakeostomi atau *endotracheal tube*
 - j) Efek agen farmakologis
- d. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D. 0017)
- 1) Definisi
Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak
 - 2) Faktor Risiko
 - a) Penurunan kinerja ventrikel kiri
 - b) Arteriosklerosis aorta
 - c) Fibrilasi atrium
 - d) Stenosis karotis
 - e) Aneurisma serebri
 - f) Embolisme
 - g) Hiperkolesteronemia
 - h) Hipertensi
 - i) Stenosis mitral
 - j) Infark miokard akut

- k) Penyalahgunaan zat
 - l) Terapi tumbolitik
 - m) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*)
- e. Defisit Nutrisi (D. 0019)
- 1) Definisi
Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme
 - 2) Penyebab
 - a) Ketidakmampuan menelan makanan
 - b) Ketidakmampuan mencerna makanan
 - c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
 - d) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
 - e) Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)
 - 3) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif : tidak tersedia
 - b) Objektif : berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
 - 4) Gejala dan Tanda Minor
 - a) Subjektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun
 - b) Objektif : bisung otot hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

f. Resiko Defisit Nutrisi (D. 0032)

1) Definisi

Beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

2) Faktor Resiko

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- d) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- e) Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan

g. Gangguan Eliminasi Urin (D. 0040)

1) Definisi

Disfungsi eliminasi urin

2) Penyebab

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- d) Kelemahan otot pelvis
- e) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi.

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : desakan berkemih (urgensi), urin menetes (*dribbling*), sering buang air kecil, nokturia, mengompol, *enuresis*
- b) Objektif : distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (*hesitancy*), volume residu urin meningkat

4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : tidak tersedia
- b) Objektif : tidak tersedia

h. Inkontinensia Urin Fungsional (D. 0044)

1) Definisi

Pengeluaran urin tidak terkendali karena kesulitan dan tidak mampu mencapai toilet pada waktu yang tepat

2) Penyebab

- a) Ketidakmampuan atau penurunan mengenali tanda-tanda berkemih
- b) Penurunan tonus kandung kemih
- c) Hambatan mobilisasi
- d) Faktor psikologis: penurunan perhatian pada tanda-tanda keinginan berkemih (depresi, bingung, delirium)
- e) Hambatan lingkungan (toilet jauh, tempat tidur terlalu tinggi, lingkungan baru)
- f) Kehilangan sensorik dan motorik (pada geriatri)

- g) Gangguan penglihatan
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif : mengompol sebelum mencapai atau selama usaha mencapai toilet
 - b) Objektif : tidak tersedia
- 4) Gejala dan Tanda Minor
 - a) Mengompol di waktu pagi hari, mampu mengosongkan kandung kemih lengkap
 - b) Objektif : tidak tersedia
- i. Konstipasi (D. 0049)
 - 1) Definisi

Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak
 - 2) Penyebab

Fisiologi :

 - a) Penurunan motilitas gastrointestinal
 - b) Ketidakcukupan diet
 - c) Ketidakcukupan asupan serat
 - d) Ketidakcukupan asupan cairan
 - e) Kelemahan otot abdomen

Psikologis :

 - a) Konfusi
 - b) Depresi

c) Gangguan emosional

Situasional :

a) Perubahan kebiasaan makan (mis. Jenis makanan, jadwal makan)

b) Ketidakadekuatan *toileting*

c) Aktifitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan

d) Efek agen farmakologis

e) Ketidakteraturan kebiasaan defekasi

f) Kebiasaan menahan dorongan defekasi

g) Perubahan lingkungan

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif : defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit

b) Objektif : feses keras, peristaltik usus menurun

4) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif : mengejan saat defekasi

b) Objektif : distensi abdomen, kelemahan umum, teraba masa pada rektal

j. Resiko Konstipasi (D. 0052)

1) Definisi

Beresiko mengalami penurunan frekuensi normal defekasi disertai kesulitan dan pengeluaran feses tidak lengkap.

2) Penyebab

Fisiologi

- a) Penurunan motilitas gastrointestinal
- b) Ketidakcukupan diet
- c) Ketidakcukupan asupan serat
- d) Ketidakcukupan asupan cairan
- e) Kelemahan otot abdomen

Psikologis

- a) Konfusi
- b) Depresi
- c) Gangguan emosional

Situasional

- a) Perubahan kebiasaan makan (mis. Jenis makanan, jadwal makan)
- b) Ketidakadekuatan *toileting*
- c) Aktifitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan
- d) Efek agen farmakologis
- e) Ketidakteraturan kebiasaan defekasi
- f) Kebiasaan menahan dorongan defekasi
- g) Perubahan lingkungan.

k. Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

2) Penyebab

- a) Perubahan metabolisme
- b) Ketidakbugaran fisik
- c) Penurunan kendali otot
- d) Penurunan massa otot
- e) Kekuatan sendi
- f) Kontraktur
- g) Gangguan muskuloskeletal
- h) Gangguan neuromuskuler
- i) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- j) Nyeri
- k) Kurang terpapar informasi tentang intervensi fisik
- l) Kecemasan
- m) Gangguan kognitif
- n) Keengganan melakukan pergerakan
- o) Gangguan sensori persepsi sensori

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

- b) Objektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak
 - b) Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah
1. Gangguan Memori (D. 0062)
- 1) Definisi
Ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku
 - 2) Penyebab
 - a) Gangguan sirkulasi ke otak
 - b) Gangguan volume cairan dan/atau elektrolit
 - c) Proses penuaan
 - d) Hipoksia
 - e) Gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang)
 - f) Efek agen farmakologis
 - g) Penyalahgunaan zat
 - h) Faktor psikologis (mis. Kecemasan, depresi, stress berlebihan, berduka, gangguan tidur).

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : melaporkan pernah mengalami pengalaman lupa, tidak mampu mempelajari keterampilan baru, tidak mampu mengingat informasi faktual, tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan, tidak mampu mengingat peristiwa
- b) Objektif : tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya

4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan, merasa mudah lupa
- b) Objektif : tidak tersedia

m. Gangguan Menelan (D. 0063)

1) Definisi

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

2) Penyebab

- a) Gangguan serebrovaskular
- b) Gangguan saraf kranial
- c) Paralisis serebral
- d) Reflek gastroesofagus
- e) Obstruksi mekanis.

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : mengeluh sulit menelan
- b) Objektif : batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut

4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : tidak tersedia
- b) Objektif : bolus masuk terlalu cepat, refluks nasal, tidak mampu membersihkan rongga mulut, makanan jatuh dari mulut, makanan terdorong keluar dari mulut, sulit mengunyah, muntah sebelum menelan

n. Konfusi Akut (D. 0064)

1) Definisi

Gangguan kesadaran, perhatian, kognitif, dan persepsi yang reversible, berlangsung tiba-tiba dan singkat

2) Penyebab

- a) Delirium
- b) Demensia
- c) Fluktuasi siklus tidur-bangun
- d) Usia lebih dari 60 tahun
- e) Penyalahgunaan zat.

- 3) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif : kurang motivasi untuk memulai/ menyelesaikan perilaku berorientasi tujuan, kurang motivasi untuk memulai/ menyelesaikan perilaku terarah
 - b) Objektif : fluktuasi fungsi kognitif, fluktuasi tingkat kesadaran, fluktuasi aktivitas psikomotorik
- 4) Gejala dan Tanda Minor
 - a) Subjektif : salah persepsi
 - b) Objektif : halusinasi, gelisah
- o. Konfusi Kronis (D. 0065)
 - 1) Definisi

Gangguan kesadaran, perhatian, kognitif dan persepsi yang irreversible, berlangsung lama, dan/ atau progresif.
 - 2) Penyebab

Cedera otak (mis. Kerusakan serebrovaskuler, penyakit neurologis, trauma, tumor)
 - 3) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif : kurang motivasi untuk memulai/ menyelesaikan perilaku berorientasi tujuan, Kurang motivasi untuk memulai/ menyelesaikan perilaku terarah
 - b) Objektif : fungsi kognitif berubah progresif, memori jangka pendek dan/ atau Panjang berubah, interpretasi

berubah, fungsi social terganggu, respon terhadap stimulus berubah

4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : salah persepsi
- b) Onjektif : gangguan otak organik

p. Risiko Konfusi Akut (D. 0068)

1) Definisi

Berisiko mengalami gangguan kesadaran, perhatian, kognisi dan persepsi yang reversible dan terjadi dalam periode waktu singkat.

2) Fakto Risiko

- a) Usia di atas 60 tahun
- b) Perubahan fungsi kognitif
- c) Perubahan siklus tidur-bangun
- d) Dehidrasi
- e) Demensia
- f) Riwayat stroke
- g) Gangguan fungsi metabolik (mis. Azotemia, penurunan haemoglobin, ketidakseimbangan elektrolit, peningkatan nitrogen urea darah [BUN]/ kreatinin)
- h) Gangguan mobilitas
- i) Nyeri
- j) Efek agen farmakologis

- k) Deprivasi sensori
- l) Penyalahgunaan zat
- q. Risiko Disfungsi Seksual (D. 0072)
 - 1) Definisi

Berisiko mengalami perubahan fungsi seksual selama fase respon seksual berupa hasrat, terangsang, orgasme dan relaksasi yang dipandang tidak memuaskan, tidak bermakna/ tidak adekuat.
 - 2) Faktor Risiko

Biologis :

 - a) Gangguan neurologi
 - b) Gangguan urologi
 - c) Gangguan endokrin
 - d) Efek agen farmakologis

Psikologis :

 - a) Depresi
 - b) Kecemasan
- r. Gangguan Persepsi Sensori (D. 0085)
 - 1) Definisi

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

2) Penyebab

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan
- e) Hipoksia serebral
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan
- b) Objektif : distorsi sensori, respons sensori, berikan seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : menyatakan kesal
- b) Objektif : menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, bicara sendiri.

s. Harga Diri Rendah Kronis (D. 0086)

1) Definisi

Evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus.

2) Penyebab

- a) Kurangnya pengakuan dari orang lain
- b) Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : menilai diri negative (mis. Tidak berguna, tidak tertolong), merasa malu/bersalah, merasa tidak mampu melakukan apapun, meremehkan kemampuan mengatasi masalah, merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif, melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, menolak penilaian positif tentang diri sendiri
- b) Objektif : enggan mencoba hal baru, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk

4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : merasa sulit konsentrasi, sulit tidur, mengungkapkan keputusasaan
- b) Objektif : kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, berbicara pelan dan lirih, pasif, perilaku tidak asertif,

mencari penguatan secara berlebihan, bergantung pada pendapat orang lain, sulit membuat keputusan

t. Harga Diri Rendah Situasional (D. 0087)

1) Definisi

Evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini

2) Penyebab

- a) Perubahan pada citra tubuh
- b) Perubahan peran sosial
- c) Ketidakadekuatan pemahaman
- d) Riwayat kehilangan
- e) Riwayat penolakan

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : menilai diri negative (mis. Tidak berguna, tidak tertolong), merasa malu/ bersalah, melebih-lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri, menolak penilaian positif tentang diri sendiri
- b) Objektif : berbicara pelan dan lirih, menolak berinteraksi dengan orang lain, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk

4) Gejala dan Tanda

- a) Subjektif : sulit berkonsentrasi

- b) Objektif : kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, pasif, tidak mampu membuat keputusan

u. Risiko Harga Diri Rendah Situasional (D. 0102)

1) Definisi

Berisiko mengalami evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini.

2) Faktor Risiko

- a) Gangguan gambaran diri
- b) Gangguan fungsi
- c) Gangguan peran sosial
- d) Penyakit fisik
- e) Perasaan tidak berdaya
- f) Riwayat kehilangan
- g) Riwayat pengabaian
- h) Riwayat penolakan

v. Defisit Perawatan Diri (D. 0109)

1) Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

2) Penyebab

- a) Gangguan muskuloskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler

- c) Kelemahan
 - d) Gangguan psikologis dan/ atau psikotik
 - e) Penurun motivasi/ minat
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif : menolak melakukan perawatan diri
 - b) Objektif : tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif : tidak tersedia
 - b) Objektif : tidak tersedia
- w. Defisit pengetahuan (D. 0111)
- 1) Definisi
- Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu
- 2) Penyebab
- a) Keterbatasan kognitif
 - b) Gangguan fungsi kognitif
 - c) Kurang terpapar informasi
 - d) Kurang minat dalam belajar
 - e) Kurang mampu mengingat
 - f) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

- 3) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif : menanyakan masalah yang dihadapi
 - b) Objektif : menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
 - 4) Gejala dan Tanda Minor
 - a) Subjektif : tidak tersedia
 - b) Objektif : menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)
- x. Gangguan Komunikasi Verbal (D. 0119)
- 1) Definisi

Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/ atau menggunakan system simbol
 - 2) Penyebab
 - a) Penurunan sirkulasi serebral
 - b) Gangguan neuromuskuler
 - c) Gangguan pendengaran
 - d) Gangguan musculoskeletal
 - e) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
 - f) Hambatan individu (mis. Ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)

- g) Hambatan psikologis (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
 - h) Hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, Bahasa asing)
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif : tidak tersedia
 - b) Objektif : tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif : tidak tersedia
 - b) Objektif : afasia, disfagia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
- y. Resiko Luka Tekan (D. 0144)
- 1) Definisi
- Berisiko mengalami cedera local pada kulit dan/atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan
- 2) Penyebab
- a) Perubahan fungsi kognitif

- b) Perubahan sensasi
- c) Penurunan mobilisasi
- d) Penurunan kadar albumin
- e) Penurunan oksigenasi jaringan
- f) Penurunan perfusi jaringan
- g) Dehidrasi
- h) Kulit kering
- i) Peningkatan suhu kulit 1-2 °C
- j) Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras (missal prosedur operasi ≥ 2 jam)
- k) Usia ≥ 65 tahun
- l) Berat badan lebih
- m) Riwayat stroke
- n) Riwayat luka tekan
- o) Inkontinensia
- p) Ketidakadekuatan nutrisi
- q) Efek agen farmakologis (mis. Anestesi umum, vasopressor, antidepresan, norepinefrin)
- r) Imobilisasi fisik
- s) Kulit bersisik
- t) Gesekan permukaan kulit.

3. Perencanaan Keperawatan

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

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Berdasar (SDKI, SLKI dan SIKI, 2017) perencanaan keperawatan berdasar diagnosa yang mungkin muncul pada stroke non hemoragik adalah :

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif (D. 0149)

Luaran : bersihan jalan nafas meningkat (L. 01001)

Kriteria hasil :

- 1) Batuk efektif meningkat
- 2) Produksi sputum menurun
- 3) Mengi menurun
- 4) *Wheezing* menurun
- 5) Dipsnea menurun

- 6) Ortopnea menurun
- 7) Sulit bicara menurun
- 8) Sianosis menurun
- 9) Gelisah menurun
- 10) Frekuensi nafas membaik
- 11) Pola nafas membaik

Intervensi: manajemen jalan nafas (I. 01011)

- 1) Observasi
 - a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
 - b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering)
 - c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- 2) Terapeutik
 - a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical)
 - b) Posisikan semi-Fowler atau Fowler
 - c) Berikan minum hangat
 - d) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
 - e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
 - f) Lakukan hiperoksigenasi sebelum
 - g) Penghisapan endotrakeal
 - h) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
 - i) Berikan oksigen, jika perlu

3) Edukasi

a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.

b) Ajarkan teknik batuk efektif

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

b. Pola Nafas Tidak Efektif (D. 0005)

Luaran : pola nafas membaik (L. 01004)

Kriteria hasil :

- 1) Ventilasi semenit meningkat
- 2) Kapasitas vital meningkat
- 3) Diameter thoraks anterior posterior meningkat
- 4) Tekanan ekspirasi meningkat
- 5) Tekanan inspirasi meningkat
- 6) Dypasnea menurun
- 7) Penggunaan otot bantu pernapasan menurun
- 8) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
- 9) Ortopnea menurun
- 10) Pernapasan *pursed tip* menurun
- 11) Pernapasan cuping hidung menurun
- 12) Frekuensi napas membaik
- 13) Kedalaman nafas membaik

14) Ekskursi dada membaik

Intervensi : manajemen jalan nafas (I. 01011)

Tindakan

1) Observasi

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering)
- c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

2) Terapeutik

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (*jaw-thrust* jika curiga trauma cervical)
- b) Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- c) Berikan minum hangat
- d) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- f) Lakukan hiperoksigenasi sebelum
- g) Penghisapan endotrakeal
- h) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- i) Berikan oksigen, jika perlu

3) Edukasi

- a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.
- b) Ajarkan teknik batuk efektif

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

c. Resiko Aspirasi (D. 0149)

Luaran : tingkat aspirasi menurun (L. 01006)

Kriteria hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Kemampuan menelan meningkat
- 3) Kebersihan mulut meningkat
- 4) Dipsnea menurun
- 5) Kelemahan otot menurun
- 6) Akumulasi sekter menurun
- 7) *Wheezing* menurun
- 8) batuk menurun
- 9) penggunaan otot aksesons menurun
- 10) sianosis menurun
- 11) gelisah menurun
- 12) frekuensi nafas membaik

Intervensi : pencegahan aspirasi (I. 01018)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan

- b) Monitor status pernafasan
 - c) Monitor bunyi nafas, terutama setelah makan/ minum
 - d) Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral
 - e) Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral
- 2) Terapeutik
- a) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
 - b) Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar
 - c) Pertahankan kepatenan jalan nafas (mis. Teknik *head tilt chin lift, jaw thrust, in line*)
 - d) Pertahankan pengembangan balon ETT
 - e) Lakukan penghisapan jalan nafas, jika produksi secret meningkat
 - f) Sediakan suction di ruangan
 - g) Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal jika residu banyak
 - h) Berikan obat oral dalam bentuk cair
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan makan secara perlahan
 - b) Ajarkan strategi mencegah aspirasi
 - c) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, *jika perlu*

d. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D. 0017)

Luaran : perfusi serebral meningkat (L. 02014)

Kriteria hasil

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Kognitif meningkat
- 3) Tekanan intra kranial menurun
- 4) Sakit kepala menurun
- 5) Galisah menurun
- 6) Kecemasan menurun
- 7) Agitasi menurun
- 8) moDemam menurun
- 9) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 10) Kesadaran membaik
- 11) Tekanan darah sistolik membaik
- 12) Tekanan darah diastolik membaik
- 13) Reflek saraf membaik

Intervensi : manajemen peningkatan tekanan intrakranial
(I.06194)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

- b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
 - c) Monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*)
 - d) Monitor CVP (*Central Venous Pressure*), jika perlu
 - e) Monitor PAWP, jika perlu
 - f) Monitor PAP, jika perlu
 - g) Monitor ICP (*Intra Cranial Pressure*), jika tersedia
 - h) Monitor CPP (*Cerebral Perfusion Pressure*)
 - i) Monitor gelombang ICP
 - j) Monitor status pernapasan
 - k) Monitor intake dan output cairan
 - l) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)
- 2) Terapeutik
- a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
 - b) Berikan posisi semi fowler
 - c) Hindari *maneuver Valsava*
 - d) Cegah terjadinya kejang
 - e) Hindari penggunaan *PEEP*
 - f) Hindari pemberian cairan *IV hipotonik*
 - g) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
 - h) Pertahankan suhu tubuh normal

- 3) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
 - b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
 - c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
- e. Defisit Nutrisi (D. 0019)

Luaran : status nutrisi membaik (L. 03030)

Kriteria hasil

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

- 14) Sariawan menurun
- 15) Rambut rontok menurun
- 16) Diare menurun
- 17) Berat badan membaik
- 18) Indeks masa tubuh (IMT) membaik
- 19) Frekuensi makan membaik
- 20) Nafsu makan membaik
- 21) Bising usus membaik
- 22) Tebal lipatan kulit trisep membaik
- 23) Membran mukosa membaik

Intervensi : manajemen nutrisi (L. 03119)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi status nutrisi
 - b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
 - c) Identifikasi makanan yang disukai
 - d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
 - e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
 - f) Monitor asupan makanan
 - g) Monitor berat badan
 - h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- 2) Terapeutik
 - a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

- b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
 - c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
 - d) Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 - f) Berikan suplemen makanan, jika perlu
 - g) Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
 - b) Ajarkan diet yang diprogramkan
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
 - b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
- f. Resiko Defisit Nutrisi (D. 0032)

Luaran : status nutrisi membaik (L. 03030)

Kriteria hasil

- 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
- 2) Kekuatan otot pengunyah meningkat
- 3) Kekuatan otot menelan meningkat
- 4) Serum albumin meningkat

- 5) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat
- 6) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat
- 7) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat
- 8) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat
- 9) Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat
- 10) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat
- 11) Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat
- 12) Perasaan cepat kenyang menurun
- 13) Nyeri abdomen menurun
- 14) Sariawan menurun
- 15) Rambut rontok menurun
- 16) Diare menurun
- 17) Berat badan membaik
- 18) Indeks masa tubuh (IMT) membaik
- 19) Frekuensi makan membaik
- 20) Nafsu makan membaik
- 21) Bising usus membaik
- 22) Tebal lipatan kulit trisep membaik
- 23) Membrane mukosa membaik

Intervensi : manajemen gangguan makan (I. 03111)

Tindakan

1) Observasi

Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori

2) Terapeutik

a) Timbang berat badan secara rutin

b) Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai

c) Lakukan kontrak perilaku (mis, target berat badan, tanggung jawab perilaku)

d) Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan

e) Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku

f) Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak

g) Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis, medis, konseling)

3) Edukasi

a) Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis, pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan)

b) Ajarkan pengaturan diet yang tepat

c) Alarkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan

4) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan

g. Gangguan Eliminasi Urin (D. 0040)

Luaran : eliminasi urin membaik (L. 04034)

Kriteria hasil

- 1) Sensasi berkemih meningkat
- 2) Desakan berkemih (*urgensi*) menurun
- 3) Distensi kandung kemih menurun
- 4) Berkemih tidak tuntas (*Hesitancy*) menurun
- 5) Volume residu urine menurun
- 6) Urin menetes (*dribbling*) menurun
- 7) Nokturia menurun
- 8) Mengompol menurun
- 9) Enuresis menurun
- 10) Dysuria menurun
- 11) Anuria menurun
- 12) Frekuensi BAK membaik
- 13) Karakteristik urin membaik

Intervensi : manajemen eliminasi urin (I. 04152)

Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
- b) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine
- c) Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

2) Terapeutik

- a) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
- b) Batasi asupan cairan, *jika perlu*
- c) Ambil sampel urine tengah (*midstream*) atau kultur

3) Edukasi

- a) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- b) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine
- c) Anjurkan mengambil specimen urine midstream
- d) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- e) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot pinggul/berkemihan
- f) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- g) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat suposituria uretra jika perlu

h. Inkontinensia Urin Fungsional (D. 0044)

Luaran kontinensia urin membaik (L. 04036)

Kriteria hasil

- 1) Kemampuan berkemih meningkat
- 2) Nokturia menurun
- 3) Residu volume uin setelah berkemih menurun
- 4) Distensi kandung kemih menurun
- 5) Dribbling menurun
- 6) Hesitancy menurun
- 7) Enuresis menurun
- 8) Verbalisasi pengeluaran urin tidak tuntas menurun
- 9) Frekuensi berkemih membaik
- 10) Sensasi berkemih membaik

Intervensi : perawatan inkontinensia urin (I. 04162)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi penyebab inkontinensia urine (mis. disfungsi neurologis, gangguan medula spinalis, gangguan refleks destrusor, obat-obatan, usia, riwayat operasi, gangguan fungsi kognitif)

- b) Identifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urine yang dialaminya
 - c) Monitor keefektifan obat, pembedahan dan terapi modalitas berkemih
 - d) Monitor kebiasaan BAK
- 2) Terapeutik
- a) Bersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin
 - b) Berikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia
 - c) Buat jadwal konsumsi obat-obat diuretik
 - d) Ambil sampel urine untuk pemeriksaan urine lengkap atau kultur
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urine
 - b) Jelaskan program penanganan inkontinensia urine
 - c) Jelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih
 - d) Anjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur
 - e) Ajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urine
 - f) Anjurkan minum minimal 1500 cc/hari, jika tidak kontraindikasi

g) Anjurkan menghindari kopi, minuman bersoda, teh dan coklat

h) Anjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi

4) Kolaborasi

Rujuk ke ahli inkontinensia, jika perlu

i. Konstipasi (D. 0049)

Luaran eliminasi fekal membaik (L. 04033)

Kriteria hasil

1) Kontrol pengeluaran feses membaik

2) Keluhan defekasi lama dan sulit

3) Mengejan saat defekasi menurun

4) Distensi abdomen menurun

5) Eraba masa pada rektal menurun

6) Urgency menurun

7) Nyeri abdomen menurun

8) Kram abdomen menurun

9) Konsistensi feses membaik

10) Frekuensi defekasi membaik

11) Peristaltik usus membaik

Intervensi : manajemen konstipasi (I. 04155)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Periksa tanda dan gejala konstipasi
 - b) Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna)
 - c) Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)
 - d) Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan/atau peritonitis
- 2) Terapeutik
 - a) Anjurkan diet tinggi serat
 - b) Lakukan masase abdomen, jika perlu
 - c) Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu
 - d) Berikan enema atau irigasi, jika perlu
- 3) Edukasi
 - a) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan
 - b) Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
 - c) Latih buang air besar secara teratur
 - d) Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi
- 4) Kolaborasi
 - a) Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus
 - b) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu.

j. Resiko konstipasi (D. 0052)

Luaran eliminasi fekal membaik (L. 04033)

Kriteria hasil

- 1) Kontrol pengeluaran feses membaik
- 2) Keluhan defekasi lama dan sulit
- 3) Mengejan saat defekasi menurun
- 4) Distensi abdomen menurun
- 5) Teraba masa pada rektal menurun
- 6) Urgency menurun
- 7) Nyeri abdomen menurun
- 8) Kram abdomen menurun
- 9) Konsistensi feses membaik
- 10) Frekuensi defekasi membaik
- 11) Peristaltik usus membaik

Intervensi : pencegahan konstipasi (I. 04160)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. asupan serat tidak adekuat, asupan cairan tidak adekuat, aganglionik, kelemahan otot abdomen, aktivitas fisik kurang)
 - b) Monitor tanda dan gejala konstipasi (mis. defekasi kurang 2 kali seminggu, defokasi lama/sulit, feses keras. peristaltik menurun)

- c) Identifikasi status kognitif untuk mengkomunikasikan kebutuhan
 - d) Identifikasi penggunaan obat-obatan yang menyebabkan konstipasi
- 2) Terapeutik
- a) Batasi minuman yang mengandung kafein dan alcohol
 - b) Jadwalkan rutinitas BAK
 - c) Lakukan masase abdomen
 - d) Berikan terapi akupresur
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi
 - b) Anjurkan minum air putih sesuai dengan kebutuhan (1500-2000 mL/hari)
 - c) Anjurkan mengkonsumsi makanan berserat (25-30 gram/hari)
 - d) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai kebutuhan
 - e) Anjurkan berjalan 15-20 menit 1-2 kali/hari
 - f) Anjurkan berjongkok untuk memfasilitasi proses BAB
- 4) Kolaborasi
- Kolaborasi dengan ahli gizi jika perlu
- k. Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)
- Luaran mobilitas fisik meningkat (L. 05042)
- Kriteria hasil

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kecemasan menurun
- 6) Kaku sendi menurun
- 7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun
- 8) Gerakan terbatas menurun
- 9) Kelemahan fisik menurun

Intervensi : dukungan ambulasi (I. 06171)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
 - c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
 - d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
- 2) Terapeutik
 - a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)
 - b) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
 - c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- b) Anjurkan melakukan ambulasi dini
- c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

1. Gangguan memori (D. 0062)

Luaran memori meningkat (L. 09079)

Kriteria hasil

- 1) Verbalisasi kemampuan mempelajari hal baru meningkat
- 2) Verbalisasi kemampuan mengingat informasi factual meningkat
- 3) Verbalisasi kemampuan mengingat informasi tertentu yang pernah dilakukan meningkat
- 4) Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat
- 5) Melakukan kemampuan yang dipelajari meningkat
- 6) Verbalisasi pengalaman lupa menurun
- 7) Verbalisasi lupa jadwal menurun
- 8) Verbalisasi mudah lupa menurun

Intervensi : latihan memori (I. 06188)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi masalah memori yang dialami

- b) Identifikasi kesalahan terhadap orientasi
 - c) Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi
- 2) Terapeutik
- a) Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien
 - b) Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, jika perlu
 - c) Koreksi kesalahan orientasi
 - d) Fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu, jika perlu
 - e) Fasilitasi tugas pembelajaran (mis, mengingat informasi verbal dan gambar)
 - f) Fasilitasi kemampuan konsentrasi (mis bermain kartu pasangan). jika perlu
 - g) Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (mis bertanya ke mana saja ia pergi akhir-akhir ini), jika perlu
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan tujuan dan prosedur latihan
 - b) Ajarkan teknik memori yang tepat (mis imajinasi visual, perangkat mnemonik, permainan memori, isyarat memori, teknik asosiasi, membuat daftar, komputer, papan nama).

4) Kolaborasi

Rujuk pada terapi okupasi jika perlu

m. Gangguan menelan (D. 0063)

Luaran status menelan meningkat (L. 06052)

Kriteria hasil

- 1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat
- 2) Reflek menelan meningkat
- 3) Kemampuan mengosongkan mulut meningkat
- 4) Kemampuan mengunyah
- 5) Usaha menelan meningkat
- 6) Pembentukan bolus meningkat
- 7) Frekuensi tersedak menurun
- 8) batuk menurun
- 9) muntah menurun
- 10) Refluks lambung menurun
- 11) Gelisah menurun
- 12) Regurgitasi menurun
- 13) Produksi saliva membaik
- 14) Penerimaan makanan membaik
- 15) Kualitas suara membaik

Intervensi : dukungan perawatan diri makan/minum (I. 11351)

Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi diet yang dianjurkan
- b) Monitor kemampuan menelan
- c) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

2) Terapeutik

- a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- b) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- c) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- d) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
- e) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- f) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- g) Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- h) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
- i) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia

3) Edukasi

Jelaskan posisi makan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. sayur di jam 12, rendang di jam 3).

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

n. Konfusi akut (D. 0064)

Luaran tingkat konfusi menurun (L. 06054)

Kriteria hasil

- 1) Fungsi kognitif meningkat
- 2) Tingkat kesadaran meningkat
- 3) Aktivitas psikomotorik meningkat
- 4) Motivasi mulai/menyelesaikan perilaku terarah meningkat
- 5) Memori jangka pendek meningkat
- 6) Memori jangka panjang meningkat
- 7) Perilaku halusnasi menurun
- 8) Gelisah menurun
- 9) Interpretasi membaik
- 10) Fungsi sosial membaik
- 11) Respon terhadap stimulus membaik
- 12) Persepsi membaik
- 13) Fungsi otak membaik

Intervensi : manajemen halusinasi (I. 09288)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi

- b) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
 - c) Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri)
- 2) Terapeutik
- a) Pertahankan lingkungan yang aman
 - b) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)
 - c) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi
 - d) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
 - b) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
 - c) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)
 - d) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
- 4) Kolaborasi
- Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas jika perlu

o. **Konfusi Kronis (D. 0065)**

Luaran : Tingkat konfusi menurun (L. 06054)

Kriteria hasil

- 1) Fungsi kognitif meningkat
- 2) Tingkat kesadaran meningkat
- 3) Aktivitas psikomotorik meningkat
- 4) Motivasi memulai/ menyelesaikan perilaku terarah meningkat
- 5) Memori jangka pendek meningkat
- 6) Memori jangka Panjang meningkat
- 7) Perilaku hausnasi menurun
- 8) Gelisah menurun
- 9) Interpretasi membaik
- 10) Fungsi social membaik
- 11) Respons terhadap stimulus membaik
- 12) Persepsi membaik
- 13) Fungsi otak membaik

Intervensi : Manajemen delirium (I. 06189)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi fackor risiko delirium (mis. usia >75 tahun, disfungsi kognitif, gangguan penglihatan/pendengaran, penurunan kemampuan fungsional. Infeksi,

hipo/hipertermia, hipoksia, malnutrisi, efek obat, toksin, gangguan tidur, stres)

- b) Identifikasi tipe delirium (mis. hipoaktif, hiperaktif, campuran)
 - c) Monitor status neurologis dan tingkat delirium
- 2) Terapeutik
- a) Berikan pencahayaan yang baik
 - b) Sediakan jam dan kalender yang mudah terbaca
 - c) Hindari stimulus sensorik berlebihan (mis, televisi, pengumuman interkom)
 - d) Lakukan pekekangan fisik, sesuai indikasi
 - e) Sediakan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang dapat terjadi selanjutnya
 - f) Batasi pembuatan keputusan
 - g) Hindari memvalidasi mispersepsi atau interpretasi realita yang tidak akurat (mis. halusinasi, waham)
 - h) Nyatakan persepsi dengan cara yang tenang, meyakinkan, dan tidak argumentatif
 - i) Fokus pada apa yang dikenali dan bermakna saat interaksi interpersonal
 - j) Lakukan reorientasi
 - k) Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten

- l) Gunakan isyarat lingkungan untuk stimulasi memori, reorientasi, dan meningkatkan perilaku yang sesuai (mis, tanda, gambar, jam, kalender, dan kode warna pada lingkungan)
- m) Berikan informasi baru secara perlahan, sedikit demi sedikit, diulang-ulang
- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan kunjungan keluarga, jika perlu
 - b) Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik (mis. kacamata, alat bantu dengar, dan gigi palsu)
- 4) Kolaborasi
 - Kolaborasi pemberian obat ansietas atau agitasi. jika perlu
- p. Risiko Konfusi Akut (D. 0068)

Luaran : Tingkat konfusi menurun (L. 06054)

Kriteria hasil

- 1) Fungsi kognitif meningkat
- 2) Tingkat kesadaran meningkat
- 3) Aktivitas psikomotorik meningkat
- 4) Motivasi memulai/ menyelesaikan perilaku terarah meningkat
- 5) Memori jangka pendek meningkat
- 6) Memori jangka Panjang meningkat
- 7) Perilaku hausinasi menurun
- 8) Gelisah menurun

- 9) Interpretasi membaik
- 10) Fungsi social membaik
- 11) Respons terhadap stimulus membaik
- 12) Persepsi membaik
- 13) Fungsi otak membaik

Intervensi : Manajemen Demensia (I. 09286)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi riwayat fisik, sosial, psikologis, dan kebiasaan
 - b) Identifikasi pola aktivitas (mis. tidur, minum obat, eliminasi, asupan oral, perawatan diri)
- 2) Terapeutik
 - a) Sediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten, dan rendah stimulus (mis. musik tenang, dekorasi sederhana, pencahayaan memadai, makan bersama pasien lain)
 - b) Orientasikan waktu, tempat dan orang
 - c) Gunakan distraksi untuk mengatasi masalah perilaku
 - d) Libatkan keluarga dalam merencanakan, menyediakan, dan mengevaluasi perawatan
 - e) Fasilitasi orientasi dengan symbol-simbol (mis. dekorasi, papan petunjuk, foto diberi nama, huruf besar)

- f) Libatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan mmperbanyak istirahat
 - b) Ajarkan keluarga cara perawatan demensia
- q. Risiko Disfungsi Seksual (D. 0072)
- Luaran : Fungsi Seksual membaik (L. 07055)
- Kriteria hasil
- 1) Kepuasan hubungan seksual meningkat
 - 2) Mencari informasi untuk mencapai kepuasan seksual meningkat
 - 3) Verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun
 - 4) Verbalisasi eksitasi seksual berubah menurun
 - 5) Verbalisasi peran seksual berubah menurun
 - 6) Verbalisasi fungsi seksual berubah menurun
 - 7) Keluhan nyeri saat berhubungan seksual (dispareunia) menurun
 - 8) Keluhan hubungan seksual terbatas menurun
 - 9) Keluhan sulit melakukan aktivitas seksual menurun
 - 10) Verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun
 - 11) Verbalisasi perilaku seksual berubah menurun
 - 12) Konflik nilai menurun
 - 13) Hasrat seksual membaik

14) Orientasi seksual membaik

15) Ketertarikan pada pasangan membaik

Intervensi : Edukasi Seksualitas (I. 12447)

Tindakan

1) Observasi

Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

2) Terapeutik

a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

c) Berikan kesempatan untuk bertanya

d) Fasilitasi kesadaran keluarga terhadap anak dan remaja serta pengaruh media

3) Edukasi

a) Jelaskan anatomi dan fisiologi sistem reproduksi laki-laki dan perempuan

b) Jelaskan perkembangan seksualitas sepanjang siklus kehidupan

c) Jelaskan perkembangan emosi masa anak dan remaja

d) Jelaskan pengaruh tekanan kelompok dan sosial terhadap aktivitas seksual karir dan pendidikan)

e) Jelaskan konsekuensi negatif mengasuh anak pada usia dini (mis. kemiskinan, kehilangan

- f) Jelaskan risiko tertular penyakit menular seksual dan AIDS akibat seks bebas
 - g) Anjurkan orang tua menjadi edukator seksualitas bagi anak-anaknya
 - h) Anjurkan anak remaja tidak melakukan aktivitas seksual di luar nikah
 - i) Ajarkan keterampilan komunikasi asertif untuk menolak tekanan teman sebaya dan social dalam aktivitas seksual
- r. Gangguan Persepsi Sensori (D. 0085)

Luaran : Persepsi sensori membaik (L. 09083)

Kriteria hasil Verbalisasi mendengar bisikan menurun

- 1) Verbalisasi melihat bayangan meningkat
- 2) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui Indraperaan meningkat
- 3) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman meningkat
- 4) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui Indra perabaan meningkat
- 5) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapn meningkat
- 6) Distorsi sensori meningkat
- 7) Perilaku halusinasi meningkat
- 8) Menarik diri meningkat

- 9) Melamun meningkat
- 10) Curiga meningkat
- 11) Mondar-mandir meningkat
- 12) Respons sesuai stimulus meningkat
- 13) Konsentrasi membaik
- 14) Orientasi membaik

Intervensi : Manajemen Demensia (I. 09286)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi riwayat fisik, sosial, psikologis, dan kebiasaan
 - b) Identifikasi pola aktivitas (mis. tidur, minum obat, eliminasi, asupan oral, perawatan diri)
- 2) Terapeutik
 - a) Sediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten, dan rendah stimulus (mis. musik tenang, dekorasi sederhana, pencahayaan memadai, makan bersama pasien lain)
 - b) Orientasikan waktu, tempat dan orang
 - c) Gunakan distraksi untuk mengatasi masalah perilaku
 - d) Libatkan keluarga dalam merencanakan, menyediakan, dan mengevaluasi perawatan
 - e) Fasilitasi orientasi dengan symbol-simbol (mis. dekorasi, papan petunjuk, foto diberi nama, huruf besar)

- f) Libatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat
- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan mmperbanyak istirahat
 - b) Ajarkan keluarga cara perawatan demensia
- s. Harga Diri Rendah Kronis (D. 0086)

Luaran : Harga diri meningkat (L. 09069)

Kriteria hasil

- 1) Penilaian diri positif meningkat
- 2) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat
- 3) Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat
- 4) Minat mencoba hai baru meningkat
- 5) Berjalan menampakkan wajah meningkat
- 6) Postur tubuh menampakkan wajah meningkat
- 7) Konsentrasi meningkat
- 8) Tidur meningkat
- 9) Kontak mata meningkat
- 10) Gairan aktivitas meningkat
- 11) Aktif meningkat
- 12) Percaya diri berbicara meningkat
- 13) Perilaku asertif meningkat
- 14) Kemampuan membuat keputusan meningkat

- 15) Perasaan malu menurun
- 16) Perasaan bersalah menurun
- 17) Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun
- 18) Meremehkan kemampuan menurun
- 19) mengatasi masalah menurun
- 20) Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun
- 21) Pencarian penguatan secara berlebihan menurun

Intervensi : Manajemen perilaku (I. 12463)

Tindakan

- 1) Observasi
 - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku
- 2) Terapeutik
 - a) Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku
 - b) Jadwalkan kegiatan terstruktur
 - c) Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas
 - d) Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan
 - e) Batasi jumlah pengunjung
 - f) Bicara dengan nada rendah dan tenang
 - g) Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi
 - h) Cegah perilaku pasif dan agresif
 - i) Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku

- j) Lakukan pengeangan fisik sesuai indikasi
 - k) Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan
 - l) Hindari sikap mengancam dan berdebat
 - m) Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan
- 3) Edukasi
- Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif.
- t. Harga Diri Rendah Situasional (D. 0087)
- Luaran : Harga diri meningkat (L. 09069)
- Kriteria hasil
- 1) Penilaian diri positif meningkat
 - 2) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat
 - 3) Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat
 - 4) Minat mencoba hal baru meningkat
 - 5) Berjalan menampakkan wajah meningkat
 - 6) Postur tubuh menampakkan wajah meningkat
 - 7) Konsentrasi meningkat
 - 8) Tidur meningkat
 - 9) Kontak mata meningkat
 - 10) Gairan aktivitas meningkat

- 11) Aktif meningkat
- 12) Percaya diri berbicara meningkat
- 13) Perilaku asertif meningkat
- 14) Kemampuan membuat keputusan meningkat
- 15) Perasaan malu menurun
- 16) Perasaan bersalah menurun
- 17) Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun
- 18) Meremehkan kemampuan menurun
- 19) mengatasi masalah menurun
- 20) Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun
- 21) Pencarian penguatan secara berlebihan menurun

Intervensi : Manajemen perilaku (I. 12463)

Tindakan

- 1) Observasi
 - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku
- 2) Terapeutik
 - a) Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku
 - b) Jadwalkan kegiatan terstruktur
 - c) Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas
 - d) Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan
 - e) Batasi jumlah pengunjung
 - f) Bicara dengan nada rendah dan tenang

- g) Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi
- h) Cegah perilaku pasif dan agresif
- i) Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku
- j) Lakukan pengeangan fisik sesuai indikasi
- k) Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan
- l) Hindari sikap mengancam dan berdebat
- m) Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan

3) Edukasi

Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

u. Risiko Harga Diri Rendah Situasional (D. 0102)

Luaran : Harga diri meningkat (L. 09069)

Kriteria hasil

- 1) Penilaian diri positif meningkat
- 2) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat
- 3) Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat
- 4) Minat mencoba hal baru meningkat
- 5) Berjalan menampakkan wajah meningkat
- 6) Postur tubuh menampakkan wajah meningkat

- 7) Konsentrasi meningkat
- 8) Tidur meningkat
- 9) Kontak mata meningkat
- 10) Gairan aktivitas meningkat
- 11) Aktif meningkat
- 12) Percaya diri berbicara meningkat
- 13) Perilaku asertif meningkat
- 14) Kemampuan membuat keputusan meningkat
- 15) Perasaan malu menurun
- 16) Perasaan bersalah menurun
- 17) Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun
- 18) Meremehkan kemampuan menurun
- 19) mengatasi masalah menurun
- 20) Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun
- 21) Pencarian penguatan secara berlebihan menurun

Intervensi : Promosi harga diri (I. 09308)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri
 - b) Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri
 - c) Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan

2) Terapeutik

- a) Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri
- b) Motivasi menerima tantangan atau hal baru
- c) Diskusikan pernyataan tentang harga diri
- d) Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri
- e) Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri
- f) Diskusikan persepsi negatif diri
- g) Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah
- h) Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi
- i) Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas
- j) Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan
- k) Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri

3) Edukasi

- a) Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien
- b) Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki
- c) Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain

- d) Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif
- e) Anjurkan mengevaluasi perilakuAjarkan cara mengatasi bullying
- f) Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri
- g) Latih pernyataan/kemampuan positif diri
- h) Latih cara berfikir dan berperilaku positif
- i) Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi

v. Defisit Perawatan Diri (D. 0109)

Luaran : Perawatan Diri (L. 11103)

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
- 7) Mempertahankan kebersihan diri meningkat
- 8) Mempertahankan kebersihan mulut meningkat

Intervensi : Dukungan Perawatan diri (I. 11348)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

- b) Monitor tingkat kemandirian
- c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

2) Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi)
- b) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
- c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- d) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

3) Edukasi

Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

w. Defisit pengetahuan (D. 0111)

Luaran : Tingkat pengetahuan (L. 12111)

Kriteria hasil

- 1) Perilaku sesuai anjuran
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar
- 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik

- 4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik
- 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan
- 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi
- 7) Persepsi yang keliru terhadap masalah
- 8) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

Intervensi : Edukasi Kesehatan (I. 12383)

Tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
 - b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- 2) Terapeutik
 - a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
 - b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
 - c) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 3) Edukasi
 - a) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
 - b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 - c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

x. Gangguan Komunikasi Verbal (D. 0119)

Luaran : Komunikasi verbal (L. 13118)

Kriteria Hasil

- 1) Kemampuan berbicara meningkat
- 2) Kemampuan mendengar meningkat
- 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- 4) Kontak mata meningkat
- 5) Afasia menurun
- 6) Disfasia menurun
- 7) Apraksia menurun
- 8) Disleksia menurun
- 9) Disatria menurun
- 10) Afonia menurun
- 11) Dislalia menurun
- 12) Pelo menurun
- 13) Gagap menurun
- 14) Respons perilaku membaik
- 15) Pemahaman komunikasi membaik

Intervensi : Promosi komunikasi : defisit bicara (I. 13492)

Tindakan

- 1) 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 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
- 2) Terapeutik
- a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
 - b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
 - c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
 - d) Ulangi apa yang disampaikan pasien
 - e) Berikan dukungan psikologis
 - f) Gunakan juru bicara, jika perlu
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan berbicara perlahan

b) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

4) Kolaborasi

Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

y. Resiko Luka Tekan

Luaran : Integritas kulit dan jaringan (L. 14125)

Kriteria hasil

- 1) Elastisitas meningkat
- 2) Hidrasi meningkat
- 3) Perfusi jaringan meningkat
- 4) Kerusakan jaringan menurun
- 5) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 6) Nyeri menurun
- 7) Perdarahan menurun
- 8) Kemerahan menurun
- 9) Hematoma menurun
- 10) Pigmentasi abnormal menurun
- 11) Jaringan parut menurun
- 12) Nekrosis menurun
- 13) Abrasi kornea menurun
- 14) Suhu kulit membaik
- 15) Sensasi membaik

16) Tekstur membaik

17) Pertumbuhan rambut membaik

Intervensi : Manajemen sensasi perifer (I. 06185)

Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi penyebab perubahan sensasi
- b) Identifikasi penggunaan alat pengikat, protesis, sepatu, dan pakaian
- c) Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul
- d) Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin
- e) Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda
- f) Monitor terjadinya parestesia, jika perlu
- g) Monitor perubahan kulit
- h) Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena

2) Terapeutik

Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)

3) Edukasi

- a) Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air
- b) Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak

- c) Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah
- 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu
 - b) Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu
- 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan yang telah direncanakan dalam perencanaan keperawatan. tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2011).

5. Evaluasi

Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya (respon subjektif dan objektif). Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh manakah tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap tindakan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & Wartonah, 2011). Evaluasi asuhan keperawatan ditulis dalam bentuk SOAP (*subjectif, objektif, assesment, planning*), SOAP terdiri dari S (*subjectif*) perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (*objektif*) adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien dan yang dirasakan klien setelah tindakan keperawatan, A (*assesment*) merupakan interpretasi dari informasi *subjecti* dan *objektif*, P (*planning*) merupakan perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau

ditambah dari tindakan rencana keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani dan Tutiani, 2013).