

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Stroke

1. Pengertian

Stroke adalah penyakit yang terjadi secara tiba-tiba yang menyebabkan kerusakan neurologis. Kerusakan neurologis tersebut dapat disebabkan karena sumbatan total atau parsial pada satu atau lebih pembuluh darah serebral yang menyebabkan terhambatnya aliran darah ke otak. Hambatan tersebut dapat menyebabkan tersumbatnya pembuluh darah bahkan pecahnya pembuluh darah (Ikawati dan Anurogo,2018).

Stroke merupakan kondisi darurat, yang disebabkan karena penurunan tiba-tiba aliran darah ke otak yang terlokalisasi. Ketika suplai darah ke otak tiba-tiba terganggu oleh thrombus, embolus, atau stenosis pembuluh darah disebut sebagai stroke iskemik atau stroke non hemoragik. Sedangkan stroke hemoragik dapat terjadi ketika pembuluh darah mengalami *rupture*, sehingga darah keluar dari pembuluh darah. Kehilangan suplai darah ke otak dapat menyebabkan disabilitas berat bahkan kematian (LeMone, Burke, Bauldoff,2017).

Stroke iskemik terjadi sekunder akibat oklusi arteri pada 80 persen kasus. Sebagian besar oklusi arteri akibat trombo-embolisme. Pada embolisme serebri, trombus terjadi pada jantung atau arteri intra atau ekstra kranial proksimal dan bermigrasi ke distal mengakibatkan oklusi.

Kadang embolisme akibat materi non trombotik seperti lemak atau debris aterosklerosis (Departemen bedah saraf FKUI-RSCM,2011).

2. Etiologi

Menurut (Pudiastuti, 2011) penyebab stroke ada 3 faktor yaitu:

- a. Faktor resiko medis, antara lain hipertensi, aterosklerosis, migraine, diabetes, kolesterol, gangguan jantung, riwayat stroke dalam keluarga, penyakit ginjal, dan penyakit vaskuler perifer.
- b. Faktor resiko perilaku, antara lain kurang olahraga, merokok aktif maupun pasif, makanan tidak sehat seperti junk food atau fast food, kontrasepsi oral, mendengkur, narkoba, obesitas, stress, dan cara hidup.
- c. Faktor lain, seperti thrombosis serebral, emboli serebral, perdarahan intraserebral, migraine, thrombosis sinus dura.

(Smeltzer & Bare, 2015) penyebab terjadinya stroke terbagi atas:

- a. Thrombosis yaitu adanya bekuan darah yang terjadi pada pembuluh darah di otak dan leher. Penyebab paling umum dari stroke yaitu arteriosclerosis serebral
- b. Embolisme serebral adalah adanya material atau bekuan darah yang berasal dari bagian tubuh lain dan dibawa ke otak. Embolus ini terjadi karena adanya sumbatan pada arteri serebral tengah sehingga merusak siklus serebral
- c. Iskemia adalah terjadinya penurunan suplai darah ke otak, terjadi karena konstiksi atheroma di arteri.

3. Patofisiologi

Stroke iskemik (non hemoragik) terjadi akibat berbagai mekanisme yang mengurangi aliran darah ke otak dan mengurangi suplai oksigen dan glukosa ke sistem saraf pusat. Juga mengakibatkan retensi buangan metabolisme yang bersifat neurotoksik. Beberapa mekanisme infark akibat: gelembung udara, debris plak aterosklerosis, globul lemak, cairan amnion, sel tumor. Yang lebih sering penyumbatan terjadi akibat trombus yang terjadi in situ atau dari potongan bekuan darah yang bermigrasi ke otak dalam proses yang disebut embolisasi.

Terkadang iskemi dapat terjadi dari ketidakmampuan darah untuk menyediakan jumlah oksigen yang dibutuhkan Sistem Saraf Pusat (SSP), umumnya akibat cedera otak, keracunan karbon monoksida, anemia berat atau hipoksia berat. Sistem auto 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 juga dipengaruhi tekanan perfusi sentral yang secara langsung dipengaruhi oleh tekanan intracranial, juga berpotensi mengakibatkan iskemi.

Kemungkinan ini mendorong tindakan penurunan tekanan darah arteri sesegera mungkin pada pasien stroke, terutama bila pasien menunjukkan peningkatan tekanan intra kranial. Ketika aliran darah serebri menurun, aktivitas listrik dari area bersangkutan berubah dan mengakibatkan abnormalitas klinis. Tekanan darah turun rata-rata 20-30

ml/100 g/menit abnormalitas metabolisme sel terlihat. Hal ini memulai apoptosis atau kematian sel.

Gejala neurologis yang sering dari iskemi seperti itu adalah sinkop atau ensefalopati anoksik. Iskemi dapat terjadi pada dasar basis perfusi akhir yang paling rentan terhadap penurunan aliran darah secara umum. Namun hipotensi yang tidak terlalu berat dapat mengakibatkan iskemi fokal yang diyakini sebagai dasar dari arteri stenosis. Pada kondisi ini trombosis arteri lokal dapat memperbesar efek hipoperfusi. Sebagai tambahan beberapa jaringan saraf, lobus medial temporal dapat menjadi lebih rentan terhadap efek episode hipotensi.

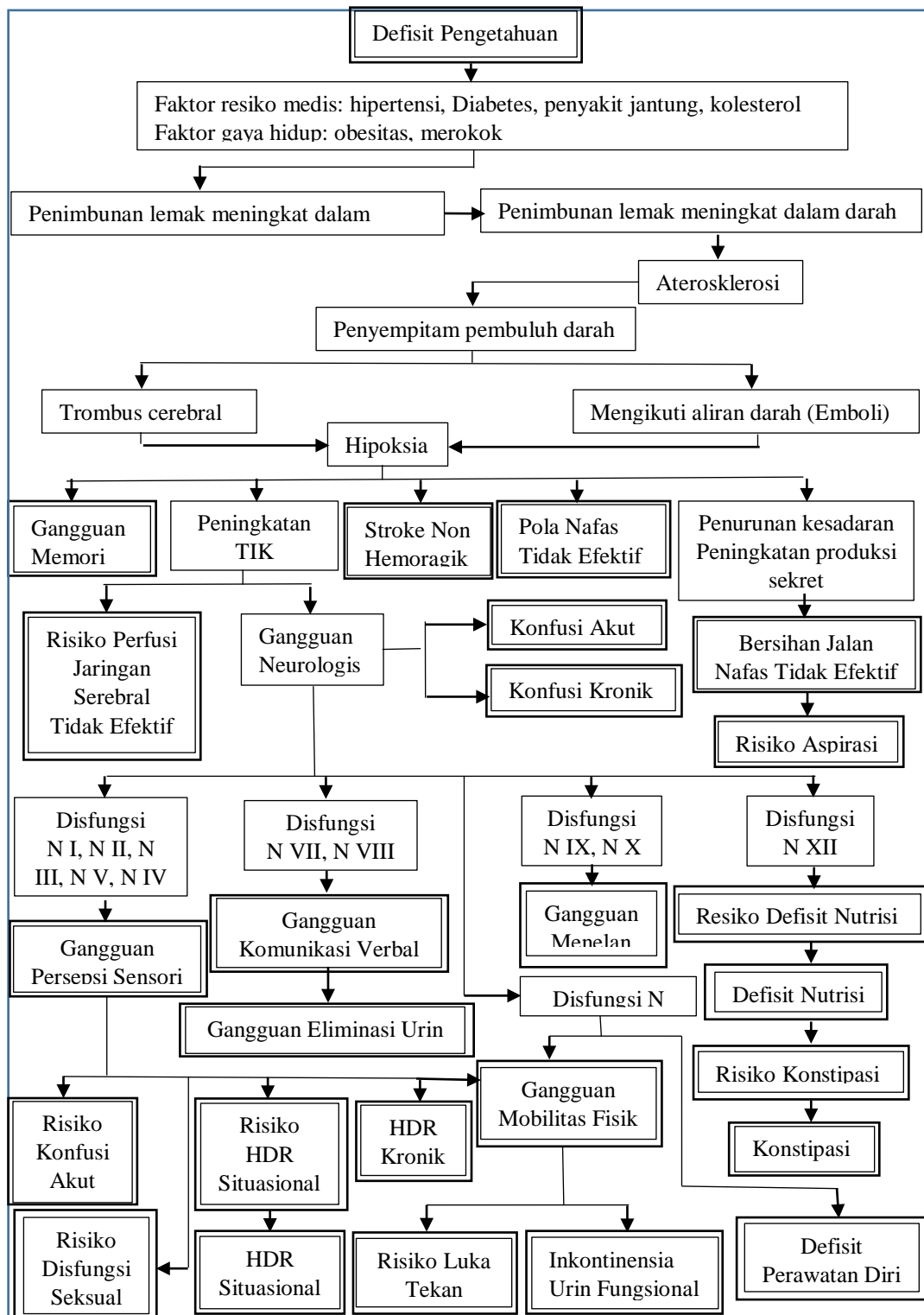
Sebagian besar infark sekunder terhadap oklusi arteri akut. Oklusi ini menginisiasi proses kompleks yang melibatkan intravaskuler, endotel neuronal, glia dan fenomena inflamasi. Jaringan saraf yang iskemik dapat mati atau bertahan tergantung kemampuan tubuh atau tenaga kesehatan untuk mengintervensi perlindungan terhadap jaringan tersebut. Pemanfaatan waktu sangat kritis. Pemanfaatan waktu yang mengakibatkan kematian atau selamatnya jaringan saraf dihitung dalam menit bukan jam.

Beberapa jaringan saraf dapat cedera secara ireversibel sementara sel yang berdekatan dapat diselamatkan bila intervensi dilakukan dengan cepat. Teori penumbra iskemik adalah dasar dibalik pendekatan manajemen pasien dengan infark akut Susunan Saraf Pusat/SSP. Fenomena ini didemonstrasikan baik pada model maupun manusia.

Oklusi arteri diikuti dengan kematian jaringan karena kekurangan perfusi dan disfungsi sel. Jaringan ini mungkin tidak dapat diselamatkan oleh intervensi medis atau pembedahan. Daerah sekitarnya mungkin dapat aliran darah borderline. Sel ini mungkin disfungsi tetapi memiliki potensi penyembuhan.

Tanpa apoptosis atau nekrosis sel ireversibel terjadi. Rasional untuk skrining ketidaksesuaian antara difusi dan perfusi pada MRI berdasarkan konsep potensi viabilitas dari penumbra iskemik. Defek difusi menggambarkan area yang cedera ireversibel, area yang hipoperfusi menyatakan area penumbra. Restorasi cepat dari aliran darah ke daerah penumbra atau pemberian agen yang memperbaiki metabolisme seluler dapat menyelamatkannya. Studi klinis mengevaluasi intervensi, seperti agen trombolitik yang telah mendemonstrasikan kerusakan reversibel dan potensi terselamatkan dari regio penumbra.

Dengan hipoksia kemampuan sel untuk mempertahankan metabolisme glukosa dan pembentukan adenosin tripospat gagal. Kegagalan metabolik ini mengakibatkan disfungsi pompa tergantung energi yang mengatur aliran dari ion masuk dan keluar sel, mengakibatkan edema depolarisasi dan intraselular. Diduga hipotermia yang akan menurunkan aktivitas metabolik sel dapat melindungi neuron dari kondisi iskemik (Departemen bedah saraf FKUI-RSCM,2011).



Gambar 1. *Nursing Pathway*

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

4. Faktor Resiko

Menurut (LeMone, Burke, Bauldoff,2017) faktor resiko stroke diklasifikasikan menjadi:

a. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi

- 1) Usia
- 2) Jenis kelamin
- 3) Ras

b. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi

Faktor resiko yang dapat dimodifikasi diantaranya penyakit dan gaya hidup. Berikut merupakan tindakan pencegahan untuk kondisi yang dapat ditangani:

1) Hipertensi

Mengonsumsi diet rendah garam, memperhatikan berat badan yang seimbang, latihan untuk mengurangi tekanan darah tinggi seperti senam hipertensi atau relaksasi

2) Berhenti merokok

3) Penyakit jantung

4) Diabetes

Mengendalikan kadar gula darah dapat menghambat komplikasi yang dapat menyebabkan stroke

5. Klasifikasi

Menurut (Indrawati, Sari dan Dewi, 2016) klasifikasi stroke sebagai berikut:

a. Stroke Iskemik

Sekitar 80% kasus stroke merupakan stroke iskemik. Stroke iskemik dapat terjadi bila sel-sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi yang disebabkan karena penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebut juga stroke karena perdarahan pembuluh darah yang pecah. Pembuluh darah di otak yang pecah menyebabkan aliran darah ke jaringan otak berkurang dan sel-sel otak mengalami kerusakan bahkan kematian akibat kekurangan oksigen dan nutrisi.

6. Manifestasi Klinis

Stroke sering muncul tiba-tiba, oleh karena itu penting untuk mengetahui bahwa seseorang terkena stroke. Berikut merupakan tanda bahwa seseorang terserang stroke (Indrawati, Sari dan Dewi, 2016):

- a. Nyeri kepala hebat secara tiba-tiba
- b. Pusing, merasa benda-benda disekitar goyang bila bergerak dan disertai dengan mual dan muntah
- c. Terjadi gangguan orientasi terhadap ruang, waktu dan personal
- d. Pandangan penglihatan kabur atau ketajaman penglihatan menurun pada salah satu mata atau bahkan keduanya (hemianopia)
- e. Kesulitan bicara secara tiba-tiba, mulut tampak tertarik ke satu sisi wajah “perot”

- f. Kehilangan keseimbangan
- g. Rasa kebas pada satu sisi wajah, seperti kesemutan hingga mati rasa.
- h. Kelemahan otot-otot pada satu sisi tubuh (*hemiplegia*)

Selain yang telah disebutkan diatas menurut (Jajak,2015):

- a. Kelemahan otot wajah yang tiba-tiba (*dysarthria*)
- b. Kehilangan kemampuan untuk menangkap kata-kata (*dysphasia*)
- c. Ketidakmampuan untuk meneguk dan menelan (*dysphagia*)
- d. Penderita menjadi aneh, tak sanggup berfikir ketika dirinya hendak melakukan sesuatu (*apraxia*)
- e. Tidak mampu untuk mengkoordinasikan gerakan-gerakannya (*ataxia*)
- f. Penderita mengalami kelambanan dalam berfikir, dan terkadang menjadi kaku

7. Pemeriksaan Penunjang

Untuk menentukan perawatan yang paling tepat untuk stoke, tim medis perlu mengevaluasi jenis stroke yang dialami pasien dan area otak mana yang terkena stroke. Ada beberapa test yang perlu dilakukan untuk menunjukkan bahwa seserang terkena stroke (Haryono & Utami, 2019) :

a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui gejala apa yang dialami, kapan gejala mulai dirasakan, dan reaksi pasien terhadap gejala tersebut. Selain itu riwayat kesehatan, riwayat konsumsi obat-obatan, dan cedera juga perlu dikaji. Riwayat penyakit terkait

jantung, serangan iskemik transien, dan stroke juga perlu mendapatkan perhatian khusus. Pemeriksaan fisik meliputi tekanan darah dan denyut jantung, serta pemeriksaan bruit di atas arteri leher (karotid) untuk memeriksa adanya arterosklerosis. Pemeriksaan juga dapat melibatkan oftalmoskop untuk memeriksa tanda-tanda Kristal kolesterol kecil atau gumpalan dipembuluh darah dibagian belakang mata.

b. Tes darah

Pasien harus menjalani serangkaian tes darah agar tim perawatan mengetahui seberapa cepat gumpalan darah berkembang, apakah gula darah tinggi atau rendah secara abnormal, apakah zat kimia darah tidak seimbang, atau apakah pasien mengalami infeksi. Mengelola waktu pembekuan darah dan kadar gula serta bahan kimia utama lainnya akan menjadi bagian dari perawatan stroke.

c. Pemeriksaan CT scan

CT *scan* menggunakan serangkaian sinar x untuk membuat gambar detail dari otak. CT scan dapat menunjukkan perdarahan, tumor, stroke dan kondisi lain. Dokter mungkin menyuntikkan pewarna ke pembuluh darah pasien untuk melihat pembuluh darah di leher dan otak secara lebih detail.

d. Pencitraan resonansi magnetik (MRI)

MRI menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk menciptakan tampilan rinci otak. MRI dapat mendeteksi

jaringan otak yang rusak oleh stroke iskemik dan perdarahan otak. Dokter akan menyuntikkan pewarna ke pembuluh darah untuk melihat arteri dan vena dan menyoroti aliran darah.

e. USG karotis

Dalam tes ini gelombang suara menciptakan gambar terperinci dari bagian dalam arteri karotid di leher. Tes ini menunjukkan penumpukan deposit lemak (plak) dan aliran darah di arteri karotid.

f. Angiogram serebral

Dalam tes angiogram serebral, dokter memasukkan tabung tipis (kateter) tipis melalui sayatan kecil (biasanya di pangkal paha), melalui arteri utama dan ke arteri karotid atau vertebral. Selanjutnya, dokter akan menyuntikkan pewarna ke pembuluh darah untuk membuatnya terlihat dibawah *X-ray*, prosedur ini memberikan gambaran rinci tentang arteri di otak dan leher.

g. Ekokardiogram

Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk membuat gambar detail dari jantung. Ekokardiogram dapat menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke.

Menurut (Goldszmidt dan Caplan, 2013) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada :

h. Magnetik Resonance Arthrography (MRA)

MRA digunakan untuk skrining penyakit oklusif berat arteri ekstrakranial dan arteri besar intracranial

i. Fungsi lumbal

LP digunakan untuk mendiagnosis SAH ketika CT/MRI tidak tersedia atau negatif yaitu ketika perdarahan kecil atau berumur beberapa hari.

j. Monitoring holter

Digunakan untuk mendeteksi aritmia paroksismal ketika dicurigai sebagai penyebab emboli kardiogenik.

8. Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan kecacatan sementara bahkan permanen, tergantung berapa lama otak kekurangan aliran darah dan bagian mana yang terdampak. Berikut merupakan komplikasi penyakit stoke diantaranya menurut (Haryono & Utami, 2019):

a. Kelumpuhan atau hilangnya gerakan otot

Penderita stroke bisa menjadi lumpuh disatu sisi tubuh atau kehilangan kendali atas otot-otot tertentu, seperti otot-otot disatu sisi wajah atau bagian tubuh lain. Terapi fisik dapat membantu penderita kembali ke aktivitas yang terkena kelumpuhan seperti berjalan, makan dan berdandan.

b. Kesulitan berbicara atau menelan

Stroke dapat memengaruhi kontrol otot-otot dimulut dan tenggorokan, sehingga sulit bagi penderitanya untuk berbicara dengan jelas (disatria), menelan (disfagia) atau makan, kesulitan dengan bahasa (afasia), termasuk berbicara atau memahami ucapan, membaca atau menulis. Terapi dengan ahli bahasa bicara dapat membantu

c. Kehilangan memori atau kesulitan berfikir

Banyak penderita stroke yang mengalami kehilangan ingatan, selain itu penderita stroke juga mengalami kesulitan berfikir, membuat penilaian dan memahami konsep.

d. Masalah emosional orang-orang yang mengalami stroke lebih sulit mengendalikan emosi mereka atau mungkin mereka mengalami depresi.

e. Rasa sakit

Nyeri, mati rasa atau sensasi aneh lainnya dapat terjadi dibagian tubuh yang terkena stroke. Misalnya stroke dapat menyebabkan seseorang mati rasa dibagian lengan kirinya, sehingga penderita tersebut mengembangkan sensasi kesemutan yang tidak nyaman di lengan itu.

f. Sensitive terhadap perubahan suhu, terutama dingin ekstrem

Komplikasi ini dikenal sebagai nyeri stroke sentral atau sindrom nyerisentral. Kondisi ini umumnya berkembang beberapa minggu

setelah stroke dan dapat meningkat seiring waktu. Perubahan perilaku dan kemampuan perawatan diri. Orang yang mengalami stroke mungkin menjadi lebih menarik diri dan kurang sosial atau lebih impulsif. Mereka mungkin membutuhkan bantuan perawatan dan melakukan pekerjaan sehari-hari.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien stroke non hemoragik menurut (Susilo, 2019) adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Nutrisi
- 2) Hidrasi intravena: koreksi dengan NaCl 0,9% jika hipovolemik
- 3) Hiperglikemia: koreksi dengan insulin, bila stabil beri 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. Penatalaksanaan khusus

- 1) Terapi spesifik stroke iskemik akut
 - a) Thrombolisis rt-PA intravena/intraarteri pada ≤ 3 jam setelah awitan stroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90 mg). sebanyak 10% dosis awal diberi sebagai bentuk bolus, sisanya dilanjutkan melalui infuse dalam waktu 1 jam.

- b) Antiplatelet: asam salisilat 160-325 mg/hari 48 jam setelah aitan stroke atau *Clopidogrel* 75 mg/hari
 - c) Obat neuroprotektif
- 2) Hipertensi: tekanan darah diturunkan apabila tekanan sistolik > 220 mmHg dan atau tekanan diastolik > 120 mmHg dengan penurunan maksimal 20% dari tekanan arterial rata-rata (MAP) awal perhari
- 3) Thrombosis vena dalam
- a) Heparin 5000 unit/12 jam selama 5-10 hari
 - b) *Low Molecular Weight Heparin* (enoksaparin/nadroparin) 2x0,3-0,4 IU SC abdomen
 - c) *Pneumatic boots, stoking elastic*, fisioterapi, dan mobilisasi
- c. Pencegahan

Pencegahan stroke iskemik dilakukan melalui pendekatan terbaik.

Langkah-langkah yang dilakukan untuk mencega stroke antara lain:

- 1) Pengendalian hipertensi
- 2) Mencegah kolesterol tinggi
- 3) Mengendalikan dan mengatur makan dan minum
- 4) Tidak mengkonsumsi alkohol
- 5) Tidak memakai obat-obatan terlarang (narkoba)
- 6) Tidak merokok
- 7) Tidak menggunakan kontrasepsi oral

- 8) Mengurangi makan-makanan berlemak, berkolesterol tinggi, dan terlalu manis

Penatalaksanaan pasien stroke non hemoagik menurut (Nurarif & Hardhi, 2015) sebagai berikut:

Terapi umum yang diberikan pada penatalaksanaan stroke non hemoragik adalah memposisikan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap 2 jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil. Selanjutnya, bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisis gas darah. Jika perlu dilakukan intubasi.

Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebab harus dikoreksinya jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten). Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi per oral hanya jika fungsi menelannya baik, jika didapatkan gangguan menelan atau kesadaran menurun dianjurkan melalui selang nasogastrik.

Kadar gula darah >150mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama. Hipoglikemia (kadar gula darah > 60 mg%

atau > 80 mg% 36 dengan gejala) diatasi segera dengan dekstrosa 40% IV sampai kembali normal dan harus dicari penyebabnya.

Nyeri kepala atau mual dan muntah diatasi dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan kecuali bila tekanan sistolik >220 mmHg, diastol > 120 mmHg. *Mean Arterial Blood Pressure* (MAP) > 130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal. Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan : *natrium nitroprusid*, *penyekat reseptor alfabeta*, *penyekat ACE*, atau antagonis kalsium. Jika terjadi Hipotensi yaitu tekanan sistol < 90 mmHg diastol < 70 mmHg diberi NaCl 0,9 % 250 ml selama 1 jam dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai hipotensi dapat diatasi. Jika belum terkoreksi yaitu tekanan darah sistol masih < 90 mmHg dapat diberikan dopamin 2-20ug/kg/menit sampai tekanan darah sistolik > 110 mmHg.

Jika kejang diberi diazepam 5-20 mg iv pelan-pelan selama 3 menit, maksimal 100 mg perhari dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin karbamaxepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan anikonvulsan peroral jangka panjang. Jika didapatkan tekanan intrakranial meningkat, diberi manitol bolus intavena 0,25 sampai 1g/kgBB per 30 menit, dan jika dicurigai

fenomena rebound atau keadaan umum memburuk dilanjutkan 0,25g/kg BB per 30 menit setiap 6 jam selama 3-5 hari. Harus dilakukan pemantauan osmolalitas ($< 320 \text{ } 37 \text{ mmol}$) sebagai alternatif dapat diberikan larutan hipertonik (NaCL 3%) atau furosemid.

Terapi Khusus yang dapat diberikan pada penderita stroke non hemoragik bertujuan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan anti koagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rtPA (recombinant tissue Plasminogen Actiatoe). Dapat juga diberikan agen neuroproteksi yait sitikolin atau piracetam (jika didapatkan afasia)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tahap pengkajian dalam asuhan keperawatan merupakan tahap awal dari semua proses keperawatan. Pada tahap ini dilakukan pengumpulan data. Baik wawancara dengan pasien maupun keluarga, observasi, pemeriksaan fisik atau studi dokumen. Menurut (Wiyaja & Putri, 2013) anamnesa pada stroke meliputi status mental, tingkat kesadaran, syaraf-syaraf kranial, sistem motoric, refleks, dan sistem sensorik.

a. Identitas klien

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

b. Riwayat kesehatan

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

1) 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.

2) 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.

3) Riwayat penyakit keluarga

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

4) Riwayat psikososial & 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

5) Aktivitas sehari-hari (Purwanto, 2016)

a) 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

b) Minum

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

c) 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

c. Status mental

Mengevaluasi kemampuan penderita untuk memberikan alasan, membuat abstrak, rencana dan penilaian. Sosial ekonomi, etnis dan status Pendidikan. Status mental berhubungan dengan mood dan jalan pikiran pasien

d. Tingkat kesadaran

Glasgow Coma Scale (GCS)

1) Respon membuka mata (E) :

(4) : spontan

(3) : dengan rangsang suara

(2) : dengan rangsang nyeri

(1) : tidak ada respon

2) 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

3) 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

e. Pemeriksaan nervus kranialais

1) N. I : *Olfactorius* (penciuman)

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

2) N. II : *Optikus* (penglihatan)

Membandingkan ketajaman penglihatan, pasien diminta melihat benda yang letaknya jauh.

- a) Lapang pandang
- b) Reflek pupil
- c) Fundus oculi

Digunakan alat oftalmoskop. Putar lensa kearah 0 dioptri maka focus 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 kearah diskus. Semua vena ini keluar dari diskus optikus.

3) N. III : *okulomotorius* (gerakan kelopak mata keataa, konstriksi pupil, gerakan otot mata)

- a) *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.
- b) Gerakan bola mata
- c) Pemeriksaan pupil

- 4) N. IV (*trochealis*/ gerakan mata ke bawah dan ke dalam) :
Pergerakan bola mata kebawah dalam, gerak mata ke lateral bawah, strabismus, konvergen, diplopia
 - 5) N. V (*trigeminal*/ gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kornea dan reflek kedip).
Cebang optamikus : memeriksa reflex berkedip
Cabang maxilaris : memeriksa kepekaan sensasi wajah, lidan dan gigi
Cabang mandibularis : memeriksa pergerakan rahang dan gigi
 - 6) N.VI (*abducent*/ deviasi mata ke lateral): Pergerakan bola mata ke lateral
 - 7) N.VII (*facialis*/gerakan otot wajah, sensasi rasa 2/3 anterior lidah)
 - 8) N.VIII (*vestibulocochlearis*/ pendengaran dan keseimbangan)
 - 9) N. IX (saraf glosofaringeus)
 - 10) N.X (saraf vagus)
 - 11) N.XI (*accessorius*/ gerakan otot trapezius dan *sternocleidomastoideus*)
 - 12) N.XII (*hipoglosus*/ gerakan lidah)
- f. Sistem motorik
- 1) Lesi neuron
Lesi *Upper Mototrik Neuron* (UMN)
 - a) Kehilangan kontrol volunteer

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

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

2) 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 misal, melakukan fleksi & ekstensi ekstremitas kemudian dilakukan penahanan.

3) 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

4) 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

5) Refleks

Refleks tendon dalam dapat ditimbulkan dengan mengetukkan palu refleks secara cepat & 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 & saraf perifer, setelah melampaui batas neuromuskular, otot dirangsang untuk berkontraksi.

- a) 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 & kontraksi biseps.

- b) Refleks triseps: Lengan pasien difleksikan pada siku & diposisikan di depan dada, pemeriksa menyokong lengan pasien & mengidentifikasi tendon triseps dengan memalpasi 2,5-5 cm di atas siku. pemukulan langsung pada tendon normalnya menyebabkan kontraksi otot triseps & ekstensi siku.
- c) 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.
- d) 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.
- e) Refleks Achilles : Buat pergelangan kaki dalam keadaan rileks, kaki dalam keadaan dorsal fleksi pada pergelangan kaki dan palu diketokkan pada tendon Achilles.
- f) Refleks superfisial diperiksa dengan menggoreskan kulit dengan benda keras seperti ujung sebuah palu refleksi yang menyebabkan otot berkontraksi, refleksi tersebut antara lain

refleks abdominal, refleks kremaster, refleks gluteal, & refleks plantar.

- g) Refleks abdominalis : Refleks supersuperfisial yang ada ditimbulkan oleh goresan pada kulit dinding abdomen.
- h) Refleks plantar : Ditimbulkan dengan menggores permukaan lateral telapak kaki dari tumit sampai bantalan kaki dan melengkung kearah medial melintasi bantalan kaki, normalnya terjadi fleksi jari-jari kaki.
- i) Refleks cremaster : Cara : goresan pada kulit paha sebelah medial dari atas ke bawah, Respon : elevasi testes ipsilateral
- j) Refleks gluteal : Cara: goresan atau tusukan pada daerah gluteal Respon : gerakan reflektorik otot

g. 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.

h. 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

teradapat 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° .

i. 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 keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon klien terhadap masalah kesehatan baik berupa aktual maupun potensial. Berikut merupakan beberapa diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan kondisi stroke (SDKI, 2017).

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

1) Definisi

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

2) Penyebab

Fisiologis: hipersekreasi jalan nafas, disfungsi neuromuskuler, sekresi yang tertahan, efek agen farmakologis (mis. Anestesi).

Situasional: merokok aktif, merokok pasif, 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, meconium 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 : depresi pusat pernapasan, hambatan upaya nafas

(mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan), gangguan neuromuscular, gangguan neurologis (mis. Elektroensefalogram positif, cedera kepala, gangguan kejang), penurunan energy, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, efek agen farmakologis, 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 : penurunan tingkat kesadaran, penurunan reflek muntah dan/atau batuk, gangguan menelan, disfagia, kerusakan mobilitas fisik, penurunan motilitas gastrointestinal, perlambatan pengosongan lambung, terpasang selang

nasogastric, terpasang trakeostomi atau *endotracheal tube*, efek agen farmakologis

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

1) Definisi

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

- 2) Faktor risiko : penurunan kinerja ventrikel kiri, arterosklerosis aorta, fibrilasi atrium, stenosis karotis, aneurisma serebri, embolisme, hiperkolesteronemia, hipertensi stenosis mitral, infark miokard akut, penyalahgunaan zat, terapi trombolitik, efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*).

e. Defisit Nutrisi (D. 0019)

1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

- 2) Penyebab: ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), 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 : bising otot hiperaktif, otot pengunyah lemah, oto 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: ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan.
- g. Gangguan Eliminasi Urin (D. 0040)
- 1) Definisi
Disfungsi eliminasi urin
 - 2) Penyebab : penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan

kandung kemih, kelemahan otot pelvis, 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 : ketidakmampuan atau penurunan mengenali tanda-tanda berkemih, penurunan tonus kandung kemih, hambatan mobilisasi, faktor psikologis: penurunan perhatian pada tanda-tanda keinginan berkemih (depresi, bingung, delirium), hambatan lingkungan (toilet jauh, tempat tidur terlalu tinggi, lingkungan baru), kehilangan sensorik dan motoric (pada geriatri) 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 : penurunan motilitas gastrointestinal, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, kelemahan otot abdomen.

Psikologis : kebingungan, depresi, gangguan emosional

Situasional : perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan), ketidakadekuatan *toileting*, aktifitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, efek agen farmakologis, ketidakaturan kebiasaan defekasi, kebiasaan menahan dorongan defekasi, 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 : penurunan motilitas gastrointestinal, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, kelemahan otot abdomen,

Psikologis : kebingungan, depresi, gangguan emosional

Situasional : perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan), ketidakadekuatan *toileting*, aktifitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, efek agen farmakologis, ketidakteraturan kebiasaan defekasi, kebiasaan menahan dorongan defekasi, perubahan lingkungan.

k. Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

- 2) Penyebab : perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, kekuatan sendi, kontraktur, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, nyeri, kurang terpapar informasi tentang intervensi fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, 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

l. Gangguan Memori (D. 0062)

1) Definisi

Ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku

- 2) Penyebab : gangguan sirkulasi ke otak, gangguan volume cairan dan/atau elektrolit, proses penuaan, hipoksia, gangguan neurologis (mis. eeg positif, cedera kepala, gangguan kejang), efek agen farmakologis, penyalahgunaan zat, 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 : gangguan serebrovaskular, gangguan saraf kranial, paralisis serebral, reflek gastroesofagus, 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 : delirium, demensia, fluktuasi siklus tidur-bangun, usia lebih dari 60 tahun, 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) Objektif : gangguan otak organic

p. Risiko Konfusi Akut (D. 0068)

1) Definisi

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

a) Faktor Risiko : usia di atas 60 tahun, perubahan fungsi kognitif, perubahan siklus tidur-bangun, dehidrasi, demensia, riwayat stroke, gangguan fungsi metabolik (mis. azotemia, penurunan haemoglobin, ketidakseimbangan elektrolit, peningkatan nitrogen urea darah [bun]/ kreatinin), gangguan mobilitas, nyeri, efek agen farmakologis, deprivasi sensori, 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 : gangguan neurologi, gangguan urologi, gangguan endokrin, efek agen farmakologis

Psikologis : depresi, 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 : gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, gangguan perabaan, hipoksia serebral, penyalahgunaan zat, 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.

a) Penyebab : urangnya pengakuan dari orang lain, etidakefektifan mengatasi masalah kehilangan

2) 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

3) 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 : perubahan pada citra tubuh, perubahan peran sosial, ketidakadekuatan pemahaman, riwayat kehilangan, 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: gangguan gambaran diri, gangguan fungsi, gangguan peran sosial, penyakit fisik, perasaan tidak berdaya, riwayat kehilangan, riwayat pengabaian, riwayat penolakan.

v. Defisit Perawatan Diri (D. 0109)

1) Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

2) Penyebab : gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler Kelemahan, gangguan psikologis dan/ atau psikotik, penurunan 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: ketebatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, 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: penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan musculoskeletal, hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi), hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi), hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi), hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan 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
- 1) Definisi
Berisiko mengalami cedera local pada kulit dan/atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan

2) Faktor resiko : perubahan fungsi kognitif, perubahan sensasi, penurunan mobilisasi, penurunan kadar albumin, penurunan oksigenasi jaringan, penurunan perfusi jaringan, dehidrasi, kulit kering, peningkatan suhu kulit 1-2 oc, periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras (missal prosedur operasi ≥ 2 jam), usia ≥ 65 tahun, berat badan lebih, riwayat stroke, riwayat luka tekan, inkontinensia, ketidakadekuatan nutrisi, efek agen farmakologis (mis. anestesi umum, vasopressor, antidepresan, norepinefrin), imobilisasi fisik, kulit bersisik, gesekan permukaan kulit

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk pengobatan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mrncapai hasil yang di harapkan Berikut merupakan intervensi keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan kondisi klinis stroke berdasarkan (SIKI, 2018).

a. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D0001)

Luaran : Bersihan jalan nafas meningkat (L.01001)

Kriteria hasil : batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, mengi menurun, *wheezing* menurun, dipsnea menurun, ortopnea menurun, sulit bicara menurun, sianosis menurun, gelisah menurun

frekuensi nafas membaik, pola nafas membaik, Intervensi:
Manajemen jalan nafas (I.01011)

- 1) Observasi : monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor bunyi nafas tambahan (mis. *gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering*), monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- 2) Terapeutik : pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift (*jaw-thrust jika curiga trauma cervical*), posisikan *semi-fowler* atau *fowler*, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, jika perlu, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum, penghisapan endotrakeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan *forsepmcgill*, berikan oksigen, jika perlu
- 3) Edukasi : anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, 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 : ventilasi semenit meningkat, kapasitas vital meningkat, diameter thoraks anterior posterior meningkat, tekanan ekspirasi meningkat, tekanan inspirasi meningkat, dispnea menurun, penggunaan otot bantu pernapasan menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, ortopnea menurun, pernapasan

pursed tip menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman nafas membaik, ekskursi dada membaik

Intervensi : Manajemen jalan nafas (I.01011)

1) Observasi : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. *gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering*), monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

2) Terapeutik

pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, jika perlu, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum, penghisapan endotrakeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan *forsep McGill*, berikan oksigen, jika perlu

3) Edukasi : anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, ajarkan teknik batuk efektif

4) Kolaborasi : kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

c. Resiko Aspirasi (D.0006)

Luaran : Tingkat aspirasi menurun (L.01006)

Kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, kemampuan menelan meningkat, kebersihan mulut meningkat, dispnea menurun, kelemahan otot menurun, akumulasi sekret menurun, *wheezing*

menurun, batuk menurun, penggunaan otot aksesors menurun, sianosis menurun, gelisah menurun, frekuensi nafas membaik

Intervensi : Pencegahan aspirasi (I.01018)

- 1) Observasi : monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan, monitor status pernafasan, monitor bunyi nafas, terutama setelah makan/ minum, periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral, periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral
 - 2) Terapeutik : posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral, pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar, pertahankan kepatenan jalan nafas (mis. tehnik *head tilt chin lift, jaw trust, in line*), pertahankan pengembangan balon ETT, lakukan penghisapan jalan nafas, jika produksi secret meningkat, sediakan suction di ruangan, hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal jika residu banyak, berikan obat oral dalam bentuk cair
 - 3) Edukasi : anjurkan makan secara perlahan, ajarkan strategi mencegah aspirasi, ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu
- d. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)
- Luaran : Perfusi serebral meningkat (L.02014)

Kriteria hasil : tingkat kesadaran meningkat, kognitif meningkat, tekanan intrakrania menurun, sakit kepala menurun, galisah menurun,

kecemasan menurun, agitasi menurun, demam menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, kesadaran membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolic membaik, reflex saraf membaik

Intervensi : Manajemen peningkatan tekanan intra kranial (I.06194)

- 1) Observasi : identifikasi penyebab peningkatan tik (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), monitor tanda/gejala peningkatan tik (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), monitor map (*mean arterial pressure*), monitor cvp (*central venous pressure*), jika perlu, monitor pawp, jika perlu, monitor pap, jika perlu, monitor icp (*intra Cranial Pressure*), jika tersedia, monitor cpp (*cerebral perfusion pressure*), monitor gelombang icp, monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)
- 2) Terapeutik : minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, hindari *maneuver valsava*, cegah terjadinya kejang, hindari penggunaan

peep, hindari pemberian cairan *iv hipotonik*, atur ventilator agar $paco_2$ optimal, pertahankan suhu tubuh normal

- 3) Kolaborasi : kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu, kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu, kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

e. Defisit Nutrisi (D.0019)

Luaran : Status nutrisi membaik (L.03030)

Kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat, kekuatan otot pengunyah meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, serum albumin meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat, pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat, penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat, penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat, sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, sariawan menurun, rambut rontok menurun, diare menurun, berat badan membaik, indeks masa tubuh (imt) membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, tebal lipatan kulit trisep membaik, membran mukosa membaik

Intervensi : Manajemen nutrisi (I.03119)

- 1) Observasi : identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium
 - 2) Terapeutik : lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan), sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi
 - 3) Edukasi : anjurkan posisi duduk, jika mampu, ajarkan diet yang diprogramkan
 - 4) Kolaborasi : kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu, 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: porsi makanan yang dihabiskan meningkat, kekuatan otot pengunyah meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, serum

albumin meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat, pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat, penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat, penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat, sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, sariawan menurun, rambut rontok menurun, diare menurun, berat badan membaik, indeks masa tubuh (imt) membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, tebal lipatan kulit trisep membaik, membran mukosa membaik,

Intervensi : Manajemen gangguan makan (I.03111)

- 1) Observasi : monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori
- 2) Terapeutik : timbang berat badan secara rutin, diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai
lakukan kontrak perilaku (mis, target berat badan, tanggung jawab perilaku), dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan, berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku,

berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak, rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis, medis, konseling)

- 3) Edukasi : anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis, pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan), ajarkan pengaturan diet yang tepat, ajarkan 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: sensasi berkemih meningkat, desakan berkemih (*urgensi*) menurun, distensi kandung kemih menurun, berkemih tidak tuntas (*hesitancy*) menurun, volume residu urine menurun, urin menetes (*dribbling*) menurun, nokturia menurun, mengompol menurun, *enuresis* menurun, *dysuria* menurun, *anuria* menurun, frekuensi bak membaik, karakteristik urin membaik

Intervensi : Manajemen eliminasi urin (I.04152)

- 1) Observasi: identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine, identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine, monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

- 2) Terapeutik: catat waktu-waktu dan haluaran berkemih, batasi asupan cairan, jika perlu, ambil sampel urine tengah (*midstream*) atau kultur
 - 3) Edukasi: ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine, anjurkan mengambil specimen urine midstream, ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih, ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot pinggul/berkemihan, anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi, 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 : kemampuan berkemih meningkat, nokturia menurun, residu volume urin setelah berkemih menurun, distensi kandung kemih menurun, *dribbling* menurun, *hesitancy* menurun, *enuresis* menurun, verbalisasi pengeluaran urin tidak tuntas menurun, frekuensi berkemih membaik, sensasi berkemih membaik

Intervensi : Perawatan inkontinensia urin (I.04163)

- 1) Observasi: identifikasi penyebab inkontinensia urine (mis. disfungsi neurologis, gangguan medula spinalis, gangguang refleks destrusor, obat-obatan, usia, riwayat operasi, gangguan

fungsi kognitif), identifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urine yang dialaminya, monitor keefektifan obat, pembedahan dan terapi modalitas berkemih, monior kebiasaan BAK

- 2) Terapeutik: bersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin, berikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia, buat jadwal konsumsi obat-obat diuretic, ambil sampel urine untuk pemeriksaan urine lengkap atau kultur
 - 3) Edukasi: jelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urine, jelaskan program penanganan inkontinensia urine, jelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih, anjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur, ajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urine, anjurkan minum minimal 1500 cc/hari, jika tidak kontraindikasi, anjurkan menghindari kopi, minuman bersoda, teh dan cokelat, 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 : kontrol pengeluaran feses membaik, keluhan defekasi lama dan sulit, mencejan saat defekasi menurun, distensi abdomen menurun, teraba masa pada rektal menurun, *urgency* menurun, nyeri

abdomen menurun, kram abdomen menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik, peristaltik usus membaik

Intervensi : Manajemen konstipasi (I.04155)

- 1) Observasi : periksa tanda dan gejala konstipasi, periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna), identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat), monitor tanda dan gejala ruptur usus dan/atau peritonitis
- 2) Terapeutik : anjurkan diet tinggi serat, lakukan masase abdomen, jika perlu, lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu, berikan enema atau irigasi, jika perlu
- 3) Edukasi : jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan, anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi, latih buang air besar secara teratur, ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi
- 4) Kolaborasi: konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus, kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

j. Risiko konstipasi (D.0052)

Luaran : Eliminasi fekal membaik (L.04033)

Kriteria hasil : kontrol pengeluaran feses membaik, keluhan defekasi lama dan sulit, mencejan saat defekasi menurun, distensi abdomen menurun, teraba masa pada rektal menurun, *urgency* menurun, nyeri

abdomen menurun, kram abdomen menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik, peristaltik usus membaik

Intervensi : Pencegahan konstipasi (I.04160)

- 1) Observasi : identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. asupan serat tidak adekuat, asupan cairan tidak adekuat, aganglionik, kelemahan otot abdomen, aktivitas fisik kurang), monitor tanda dan gejala konstipasi (mis. defekasi kurang 2 kali seminggu, defekasi lama/sulit, feses keras. peristaltik menurun), identifikasi status kognitif untuk mengkomunikasikan kebutuhan, identifikasi penggunaan obat-obatan yang menyebabkan konstipasi
 - 2) Terapeutik : batasi minuman yang mengandung kafein dan alcohol
jadwalkan rutinitas bak, lakukan masase abdomen, berikan terapi akupresur
 - 3) Edukasi : jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi, ajurkan minum air putih sesuai dengan kebutuhan (1500-2000 ml/hari), ajurkan mengkonsumsi makanan berserat (25-30 gram/hari), ajurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai kebutuhan, ajurkan berjalan 15-20 menit 1-2 kali/hari, ajurkan 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 : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (rom) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun

Intervensi : Dukungan ambulasi (I.06171)

1) Observasi : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik : fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk), fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

2) Edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, anjurkan melakukan ambulasi dini, 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.0063)

Luaran : Memori meningkat (L.09079)

Kriteria hasil : verbalisasi kemampuan mempelajari hal baru meningkat, verbalisasi kemampuan mengingat informasi factual

meningkat, verbalisasi kemampuan mengingat informasi tertentu yang pernah dilakukan meningkat, verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat, melakukan kemampuan yang dipelajari meningkat, verbalisasi pengalaman lupa menurun, verbalisasi lupa jadwal menurun, verbalisasi mudah lupa menurun

Intervensi : Latihan memori (I.06188)

- 1) Observasi: identifikasi masalah memori yang dialami, identifikasi kesalahan terhadap orientasi, monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi
- 2) Terapeutik: rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien, stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, jika perlu, koreksi kesalahan orientasi, fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu, jika perlu, fasilitasi tugas pembelajaran (mis, mengingat informasi verbal dan gambar)

fasilitasi kemampuan konsentrasi (mis bermain kartu pasangan).

jika perlu, stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (mis bertanya ke mana saja ia pergi akhir-akhir ini),

jika perlu,
- 3) Edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur latihan, 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 : mempertahankan makanan di mulut meningkat, reflek menelan meningkat, kemampuan mengosongkan mulut meningkat, kemampuan mengunyah, usaha menelan meningkat, pembentukan bolus meningkat, frekuensi tersedak menurun, batuk menurun, muntah menurun, refluks lambung menurun, gelisah menurun, regurgitasi menurun, produksi saliva membaik, penerimaan makanan membaik, kualitas suara membaik

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

- 1) Observasi : identifikasi diet yang dianjurkan, monitor kemampuan menelan, monitor status hidrasi pasien, jika perlu
- 2) Terapeutik : ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan, atur posisi yang nyaman untuk makan/minum, lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, letakkan makanan di sisi mata yang sehat, sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan, siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan, sediakan makanan dan minuman yang disukai, berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu, 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 : fungsi kognitif meningkat, tingkat kesadaran meningkat, aktivitas psikomotorik meningkat, motivasi mulai/menyelesaikan perilaku terarah meningkat, memori jangka pendek meningkat, memori jangka panjang meningkat, perilaku halusnasi menurun, gelisah menurun, interpretasi membaik, fungsi sosial membaik, respon terhadap stimulus membaik, persepsi membaik, fungsi otak membaik
- Intervensi : Manajemen halusinasi (I.09288)
- 1) Observasi : monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi, monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan, monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri)
 - 2) Terapeutik : pertahankan lingkungan yang aman, lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik,

seklusi), diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi, hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

- 3) Edukasi : anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi, anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi, anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi, 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 : fungsi kognitif meningkat, tingkat kesadaran meningkat, aktivitas psikomotorik meningkat, motivasi memulai/ menyelesaikan perilaku terarah meningkat, memori jangka pendek meningkat, memori jangka panjang meningkat, perilaku halusinasi menurun, gelisah menurun, interpretasi membaik, fungsi social membaik, respons terhadap stimulus membaik, persepsi membaik, fungsi otak membaik

Intervensi : Manajemen delirium (I.06189)

- 1) Observasi : identifikasi faktor 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),
identifikasi tipe delirium (mis. hipoaktif, hiperaktif, campuran),
monitor status neurologis dan tingkat delirium

- 2) Terapeutik : berikan pencahayaan yang baik, sediakan jam dan kalender yang mudah terbaca, hindari stimulus sensorik berlebihan (mis, televisi, pengumuman interkom), lakukan pengeangan fisik, sesuai indikasi, sediakan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang dapat terjadi selanjutnya, batasi pembuatan keputusan, hindari memvalidasi mispersepsi atau interpretasi realita yang tidak akurat (mis. halusinasi, waham), nyatakan persepsi dengan cara yang tenang, meyakinkan, dan tidak argumentative, fokus pada apa yang dikenali dan bermakna saat interaksi interpersonal, lakukan reorientasi, sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten, gunakan isyarat lingkungan untuk stimulasi memori, reorientasi, dan meningkatkan perilaku yang sesuai (mis, tanda, gambar, jam, kalender, dan kode warna pada lingkungan), berikan informasi baru secara perlahan, sedikit demi sedikit, diulang-ulang
- 3) Edukasi : anjurkan kunjungan keluarga, jika perlu, 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 : fungsi kognitif meningkat, tingkat kesadaran meningkat, aktivitas psikomotorik meningkat, motivasi memulai/ menyelesaikan perilaku terarah meningkat, memori jangka pendek meningkat, memori jangka panjang meningkat, perilaku hausnasi menurun, gelisah menurun, interpretasi membaik, fungsi social membaik, respons terhadap stimulus membaik, persepsi membaik, fungsi otak membaik
- Intervensi : Manajemen Demensia (I.09286)
- 1) Observasi : identifikasi riwayat fisik, sosial, psikologis, dan kebiasaan, identifikasi pola aktivitas (mis. tidur, minum obat, eliminasi, asupan oral, perawatan diri)
 - 2) Terapeutik : sediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten, dan rendah stimulus (mis. musik tenang, dekorasi sederhana, pencahayaan memadai, makan bersama pasien lain), orientasikan waktu, tempat dan orang, gunakan distraksi untuk mengatasi masalah perilaku, libatkan keluarga dalam merencanakan, menyediakan, dan mengevaluasi perawatan, fasilitasi orientasi dengan symbol-simbol (mis. dekorasi, papan

petunjuk, foto diberi nama, huruf besar), libatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat

- 3) Edukasi ; anjurkan mmperbanyak istirahat, ajarkan keluarga cara perawatan demensia

q. Risiko Disfungsi Seksual (D.0072)

Luaran : Fungsi Seksual membaik (L.07055)

Kriteria hasil : kepuasan hubungan seksual meningkat, mencari informasi untuk mencapai kepuasan seksual meningkat, verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun, verbalisasi eksitasi seksual berubah menurun, verbalisasi peran seksual berubah menurun, verbalisasi fungsi seksual berubah menurun, keluhan nyeri saat berhubungan seksual (dispareunia) menurun, keluhan hubungan seksual terbatas menurun, keluhan sulit melakukan aktivitas seksual menurun, verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun, verbalisasi perilaku seksual berubah menurun, konflik nilai menurun, hasrat seksual membaik, orientasi seksual membaik, ketertarikan pada pasangan membaik

Intervensi : Edukasi Seksualitas (I.12447)

- 1) Observasi: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Terapeutik :sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan

kesempatan untuk bertanya, fasilitasi kesadaran keluarga terhadap anak dan remaja serta pengaruh media

- 3) Edukasi : jelaskan anatomi dan fisiologi sistem reproduksi laki-laki dan perempuan, jelaskan perkembangan sesualitas sepanjang siklus kehidupan, jelaskan perkembangan emosi masa anak dan remaja, jelaskan pengaruh tekanan kelompok dan sosial terhadap aktivitas seksual karir dan pendidikan), jelaskan konsekuensi negatif mengasuh anak pada usia dini (mis. kemiskinan, kehilangan, jelaskan risiko tertular penyakit menular seksual dan aids akibat seks bebas, anjurkan orang tua menjadi edukator seksualitas bagi anak-anaknya, anjurkan anak remaja tidak melakukan aktivitas seksual di luar nikah, 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 meningkat, verbalisasi melihat bayangan meningkat, verbalisasi merasakan sesuatu melalui indraperabaan meningkat, verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman meningkat, verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan meningkat, verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan meningkat, distorsi sensori meningkat, perilaku halusinasi meningkat, menarik diri meningkat, melamun meningkat,

curiga meningkat, mondar-mandir meningkat, respons sesuai stimulus meningkat, konsentrasi membaik, orientasi membaik

Intervensi : Manajemen Demensia (I.09286)

- 1) Observasi : identifikasi riwayat fisik, sosial, psikologis, dan kebiasaan, identifikasi pola aktivitas (mis. tidur, minum obat, eliminasi, asupan oral, perawatan diri)
- 2) Terapeutik : sediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten, dan rendah stimulus (mis. musik tenang, dekorasi sederhana, pencahayaan memadai, makan bersama pasien lain), orientasikan waktu, tempat dan orang, gunakan distraksi untuk mengatasi masalah perilaku, libatkan keluarga dalam merencanakan, menyediakan, dan mengevaluasi perawatan, fasilitasi orientasi dengan symbol-simbol (mis. dekorasi, papan petunjuk, foto diberi nama, huruf besar), libatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat
- 3) Edukasi : anjurkan memperbanyak istirahat, ajarkan keluarga cara perawatan demensia

s. Harga Diri Rendah Kronis (D.0086)

Luaran : Harga diri meningkat (L.09069)

Kriteria hasil : penilaian diri positif meningkat, perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat, penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat, minat mencoba hal baru meningkat, berjalan menampakkan wajah meningkat, postur tubuh

menampakkan wajah meningkat, konsentrasi meningkat, tidur meningkat, kontak mata meningkat, gairah aktivitas meningkat, aktif meningkat, percaya diri berbicara meningkat, perilaku asertif meningkat, kemampuan membuat keputusan meningkat, perasaan malu menurun, perasaan bersalah menurun, perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun, meremehkan kemampuan menurun, mengatasi masalah menurun, ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun, pencarian penguatan secara berlebihan menurun

Intervensi: Manajemen perilaku (I.12463)

- 1) Observasi : identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku
- 2) Terapeutik : diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku, jadwalkan kegiatan terstruktur, ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas, tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan, batasi jumlah pengunjung, bicara dengan nada rendah dan tenang, lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi, cegah perilaku pasif dan agresif, beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku, lakukan penguatan fisik sesuai indikasi, hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan, hindari sikap mengancam dan berdebat, 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 : penilaian diri positif meningkat, perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat, penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat, minat mencoba hal baru meningkat, berjalan menampakkan wajah meningkat, postur tubuh menampakkan wajah meningkat, konsentrasi meningkat, tidur meningkat, kontak mata meningkat, gairan aktivitas meningkat, aktif meningkat, percaya diri berbicara meningkat, perilaku asertif meningkat, kemampuan membuat keputusan meningkat, perasaan malu menurun, perasaan bersalah menurun, perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun, meremehkan kemampuan menurun, mengatasi masalah menurun, ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun, pencarian penguatan secara berlebihan menurun
- Intervensi : Manajemen perilaku (I.12463)
- 1) Observasi : identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku
 - 2) Terapeutik : diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku, jadwalkan kegiatan terstruktur, ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas, tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan, batasi jumlah

pengunjung, bicara dengan nada rendah dan tenang, lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi, cegah perilaku pasif dan agresif, beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku, lakukan pengeangan fisik sesuai indikasi, hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan, hindari sikap mengancam dan berdebat, 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 : penilaian diri positif meningkat, perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat, penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat, minat mencoba hal baru meningkat, berjalan menampakkan wajah meningkat, postur tubuh menampakkan wajah meningkat, konsentrasi meningkat, tidur meningkat, kontak mata meningkat, gairan aktivitas meningkat, aktif meningkat, percaya diri berbicara meningkat, perilaku asertif meningkat, kemampuan membuat keputusan meningkat, perasaan malu menurun, perasaan bersalah menurun, perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun, meremehkan kemampuan menurun, mengatasi masalah menurun, ketergantungan pada penguatan secara

berlebihan menurun, pencarian penguatan secara berlebihan menurun

Intervensi : Promosi harga diri (I.09308)

- 1) Observasi : identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri, monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri, monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan
- 2) Terapeutik : motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri, motivasi menerima tantangan atau hal baru, diskusikan pernyataan tentang harga diri, diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri, diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri, diskusikan persepsi negatif diri, diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah, diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi, diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas, berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan, fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri
- 3) Edukasi : jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien, anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki, anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain, anjurkan membuka diri terhadap kritik negative, anjurkan

mengevaluasi perilaku, ajarkan cara mengatasi bullying, latihan peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri, latihan pernyataan/kemampuan positif diri, latihan cara berfikir dan berperilaku positif, latihan meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi

v. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Luaran : Perawatan Diri (K.11103)

Kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (bab/bak) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat

Intervensi : Dukungan Perawatan diri (I.11348)

- 1) Observasi : identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
- 2) Terapeutik: sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi), siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi), dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak

mampu melakukan perawatan diri, 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 : perilaku sesuai anjuran, verbalisasi minat dalam belajar kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic, perilaku sesuai dengan pengetahuan, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi, persepsi yang keliru terhadap masalah, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

Intervensi : Edukasi Kesehatan (O.12383)

- 1) Observasi : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- 2) Terapeutik : sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya
- 3) Edukasi : jekaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, 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 : kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, kontak mata meningkat, afasia menurun, disfasia menurun, apraksia menurun, disleksia menurun, disatria menurun, afonia menurun, dislalia menurun, pelo menurun, gagap menurun, respons perilaku membaik, pemahaman komunikasi membaik

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

- 1) Observasi : monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa), monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
- 2) Terapeutik : gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer), 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),

modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan, ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, gunakan juru bicara, jika perlu

- 3) Edukasi : anjurkan berbicara perlahan, 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 (D.0144)

Luaran : Integritas kulit dan jaringan (I.14125)

Kriteria hasil : elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun, hematoma menurun, pigmentasi abnormal menurun, jaringan parut menurun, nekrosis menurun, abrasi kornea menurun, suhu kulit membaik, sensasi membaik, tekstur membaik, pertumbuhan rambut membaik

Intervensi : Manajemen sensasi perifer (I.06185)

- 1) Observasi : identifikasi penyebab perubahan sensasi, identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian, periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul, periksa perbedaan sensasi panas atau dingin, periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda, monitor terjadinya parestesia, jika perlu,

monitor perubahan kulit, monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena

- 2) Terapeutik : hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)
- 3) Edukasi : anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air, anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak, anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah
- 4) Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu, kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya (Tarwoto & Wartonah, 2011).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan oleh perawat kepada pasien. Setelah perawat memberikan tindakan keperawatan kemudian dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilan. Tahap evaluasi ini dikategorikan menjadi evaluasi proses dan evaluasi hasil (Bakri & Maria, 2017). Evaluasi keperawatan dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan perawatan dapat tercapai sesuai dengan kriteria keberhasilan atau tidak (Tarwoto & Wartonah, 2011).