

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Dasar Stroke**

##### **2.1.1. Pengertian Stroke**

CerebroVaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal dan/atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. (Depkes, 2013).

Stroke adalah sindrom yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (GPDO) dengan awitan akutan, disertai manifestasi klinis berupa deficit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma ataupun infeksi susunan saraf pusat. (Dewanto, Suwono, Riyanto, & Turana, 2009).

##### **2.1.2. Klasifikasi**

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu :

###### **1. Stroke Hemoragik**

Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Terjadi karena adanya tekanan darah ke otak tinggi sehingga menekan pembuluh darah dan pembuluh darah yang tersumbat tidak dapat menahan tekanan tersebut. Akibat dari perdarahan,

darah akan menggenangi otak. Darah yang membawa oksigen dan nutrisi tidak sampai ke target organ atau sel otak. Akibatnya, sebagian otak tidak mendapat pasokan makanan. Tekanan yang kuat membuat kebocoran dan juga merusak sel-sel otak di sekelilingnya, Bila tekanannya sangat tinggi, pasien koma bahkan meninggal dunia. Pecahnya pembuluh darah juga bisa terjadi lantaran dinding pembuluh yang lemah, sehingga mudah robek. Stroke hemoragik dibedakan menjadi dua yaitu stroke hemoragik intraserebral dan hemoragik subarachnoid (Sutrisno, 2007).

## 2. Stroke Iskemik

Tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik dibagi menjadi empat jenis, yaitu :

### a. TIA (Transient Ischemic Attack)

TIA (Transient Ischemic Attack) merupakan serangan stroke sementara. Terjadi secara mendadak dan singkat akibat iskemia otak fokal yang cenderung membaik dengan kecepatan dan tingkat penyembuhan bervariasi dalam 24 jam. TIA merupakan hal penting yang merupakan peringatan dini akan kemungkinan terjadinya stroke di masa mendatang. Serangan-serangan TIA ini berkembang menjadi stroke iskemik trombotik sangatlah besar. Gejalanya antara lain pucat, ekstremitas lumpuh, vertigo, disfagia (sulit menelan), mual, ataksia (jalan sempoyongan). Pasien juga tidak bisa memahami pembicaraan

dengan orang lain, kesulitan melihat, serta hilangnya keseimbangan dan koordinasi (Price & Wilson, 2012)

b. Stroke Lakunar

Stroke lakunar terjadi karena penyakit pembuluh halus dan dapat menyebabkan sindrom stroke yang biasanya muncul dalam beberapa jam atau kadang-kadang lebih lama. Terdapat empat sindrom lakunar yang sering dijumpai diantaranya hemiparesis motorik murni akibat infark kapsula interna posterior, stroke sensorik murni akibat infark thalamus dan hemiparesis ataksik atau disatria serta gerakan tangan atau lengan, Infark lakunar terjadi setelah oklusi aterotrombotik. Oklusi menyebabkan thrombosis pada arteria serebri media, arteri vertebra basilaris, arteri karotis interna. Thrombosis yang terjadi menyebabkan daerah-daerah tersebut infark, bersifat lunak, dan disebut lakuna (Price & Wilson, 2012).

c. Stroke Iskemik Trombotik.

Stroke jenis ini terjadi karena adanya penggumpalan pada pembuluh darah ke otak. Stroke iskemik trombotik secara klinis disebut juga sebagai serebral thrombosis. Sebagian besar dari stroke ini terjadi saat tidur ketika pasien relative mengalami dehidrasi dan dinamika sirkulasi menurun. Lokasi yang kerap terjadi terdapat di arteri serebri media, arteri vertebra basilaris dan arteri karotis interna. Para pasien stroke ini mungkin sudah mengalami beberapa kali serangan TIA tipe lakunar sebelum

akhirnya mengalami stroke. Dalam banyak kasus, thrombosis pembuluh darah besar diakibatkan oleh aterosklerosis yang diikuti oleh terbentuknya gumpalan darah yang cepat, juga ditopang oleh tingginya kadar kolesterol (Sutrisno, 2007)

d. Stroken iskemik embolitik

Stroke embolitik tidak terjadi di otak, melainkan di jantung. Embolus berasal dari bahan trombotik yang terbentuk di dinding rongga jantung atau katup mitralis. Penggumpalan darah yang terjadi di area sirkulasi organ jantung mengakibatkan darah tidak bisa mengalir oksigen dan nutrisi ke otak. Kelainan pada jantung ini menyebabkan curah jantung berkurang dan perfusi mengalami penurunan . Stroke jenis ini muncul pada saat penderita menjalani aktivitas fisik, misalnya berolahraga. Ketika berolahraga, tiba-tiba tekanan darah menurun. Akibatnya, jantung gagal memompa darah ke otak atau adanya embolus yang terlepas dari jantung sehingga menyebabkan penyumbatan pembuluh darah di otak (Sutrisno, 2007)

### **2.2.1. Etiologi**

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan stroke antara lain :

1. Thrombosis Cerebral.

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur.

Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak :

a. Atherosklerosis

Atherosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis atherosklerosis bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut :

- Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah.
- Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi thrombosis.
- Tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus (embolus).
- Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

e. Hypercoagulasi pada polysitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas /hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

f. Arteritis( radang pada arteri )

## 2. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menimbulkan emboli :

- a. Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Disease.(RHD)
- b. Myokard infark
- c. Fibrilasi

Keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.

- g. Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium.

## 3. Haemorrhagi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang

berdekatan ,sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi :

- a. Aneurisma Berry,biasanya defek kongenital.
  - b. Aneurisma fusiformis dari atherosklerosis.
  - c. Aneurisma myocotik dari vaskulitis nekrose dan emboli septis.
  - d. Malformasi arteriovenous, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena.
  - e. Ruptur arteriol serebral, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah.
4. Hypoksia Umum
- a. Hipertensi yang parah.
  - b. Cardiac Pulmonary Arrest
  - c. Cardiac output turun akibat aritmia
5. Hipoksia setempat
- a. Spasme arteri serebral , yang disertai perdarahan subarachnoid.
  - b. Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain. (Wijaya & Putri, 2013)

### **2.2.2.Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis stroke bergantung pada arteri serebri yang terkena, fungsi otak yang dikendalikan atau diperantarai oleh keparahan

kerusakan dan ukuran daerah otak yang terkena selain bergantung pula pada derajat sirkulasi kolateral. (Price, 2006; Chang, 2009).

Menurut Hariyanto & Sulistyowati (2015), gejala stroke :

1. Stroke serangan pada otak hemisfer kanan :
  - a. Kelumpuhan sebelah kiri tubuh.
  - b. Penilaian terhadap objek menurun.
2. Stroke serangan pada otak hemisfer kiri :
  - i. Terjadi kelumpuhan sebelah kanan tubuh .
  - ii. Perilaku lambat dan sangat hati-hati.
  - iii. Gangguan penglihatan pada mata sebelah kanan.
  - iv. Kesulitan menelan.
  - v. Sulit bicara.
  - vi. Mudah tersinggung dan mudah frustrasi.

Selain itu, gejala pada pasien stroke :

#### 1. Kehilangan motoric

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunteer terhadap gerakan motoric misalnya :

- a. Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
- b. Hemiparesis (kelemahan pada salah satu tubuh)
- c. Menurunnya tonus otot abnormal

#### 2. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi, misalnya :

- a. Disartria, yaitu kesulitan bicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
  - b. Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif/represif. Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.
3. Gangguan Persepsi
- a. Homonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
  - b. Amorfotosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi/ruang yang sakit tersebut.
  - c. Gangguan hubungan visual spasia, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial.
  - d. Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan proprioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil auditorius.

Tanda dan gejala yang sering muncul berdasarkan jenis stroke adalah sebagai berikut :

- a. Stroke iskemik
  - Kejadiannya mendadak terjadi saat istirahat
  - Ada peringatan

- Nyeri kepala ringan
  - Tidak ada kejang dan muntah
  - Penurunan kesadaran ringan
- b. Stroke perdarahan
- Kejadiannya mendadak terjadi saat sedang aktif beraktivitas
  - Tidak ada peringatan
  - Nyeri kepala hebat
  - Ada kejang dan muntah
  - Penurunan kesadaran sangat nyata

(Nurarif & Kusuma, 2015)

#### **1.1.6. Patofisiologi**

Stroke dapat disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) di lokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus (Sudoyo, Setyohadi, & dkk, 2009).

Pada emboli, dapat berupa bekuan darah, udara, plaque, atheroma fragmen lemak yang akan terlepas dan terbawa darah hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal. Sedangkan, jika etiologi stroke adalah hemoragi maka faktor pencetus adalah hipertensi. Emboli septik dapat menyebabkan pembentukan aneurisma serebral

mikotik, sehingga terjadi rupture dan dapat menyebabkan hemorargi (Wijaya & Putri, 2013).

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak (Wijaya & Putri, 2013).

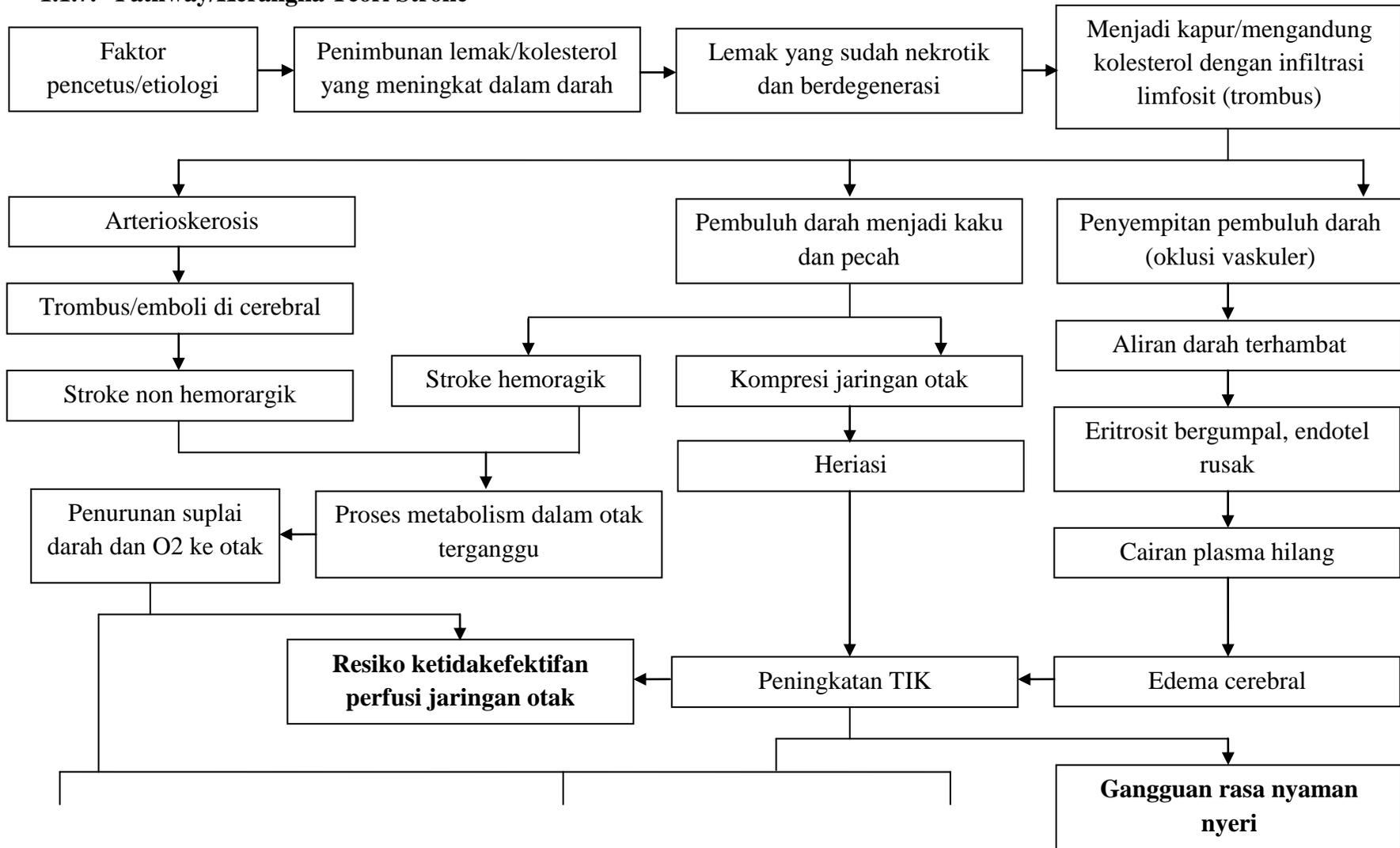
Tanpa pasokan darah yang memadai, sel-sel otak kehilangan kemampuan untuk menghasilkan energi-terutama adenosin trifosfat (ATP) dan mengalami asidosis metabolik. Apabila terjadi kekurangan energi ini, pompa natrium-kalium sel berhenti berfungsi sehingga neuron membengkak, hal ini akan menimbulkan peningkatan intrakranial dan akan menimbulkan nyeri. Salah satu cara sel otak berespon terhadap kekurangan energi ini adalah dengan meningkatkan kalsium intrasel. Hal ini juga mendorong proses eksitotoksisitas, yaitu sel-sel otak melepaskan neuro transmitter eksitatorik glutamat yang berlebihan. Glutamat yang dibebaskan ini merangsang aktivitas kimiawi dan listrik di sel otak lain dengan melekat ke suatu molekul di neuron lain yaitu reseptor N-metil-Daspartat (NMDA).

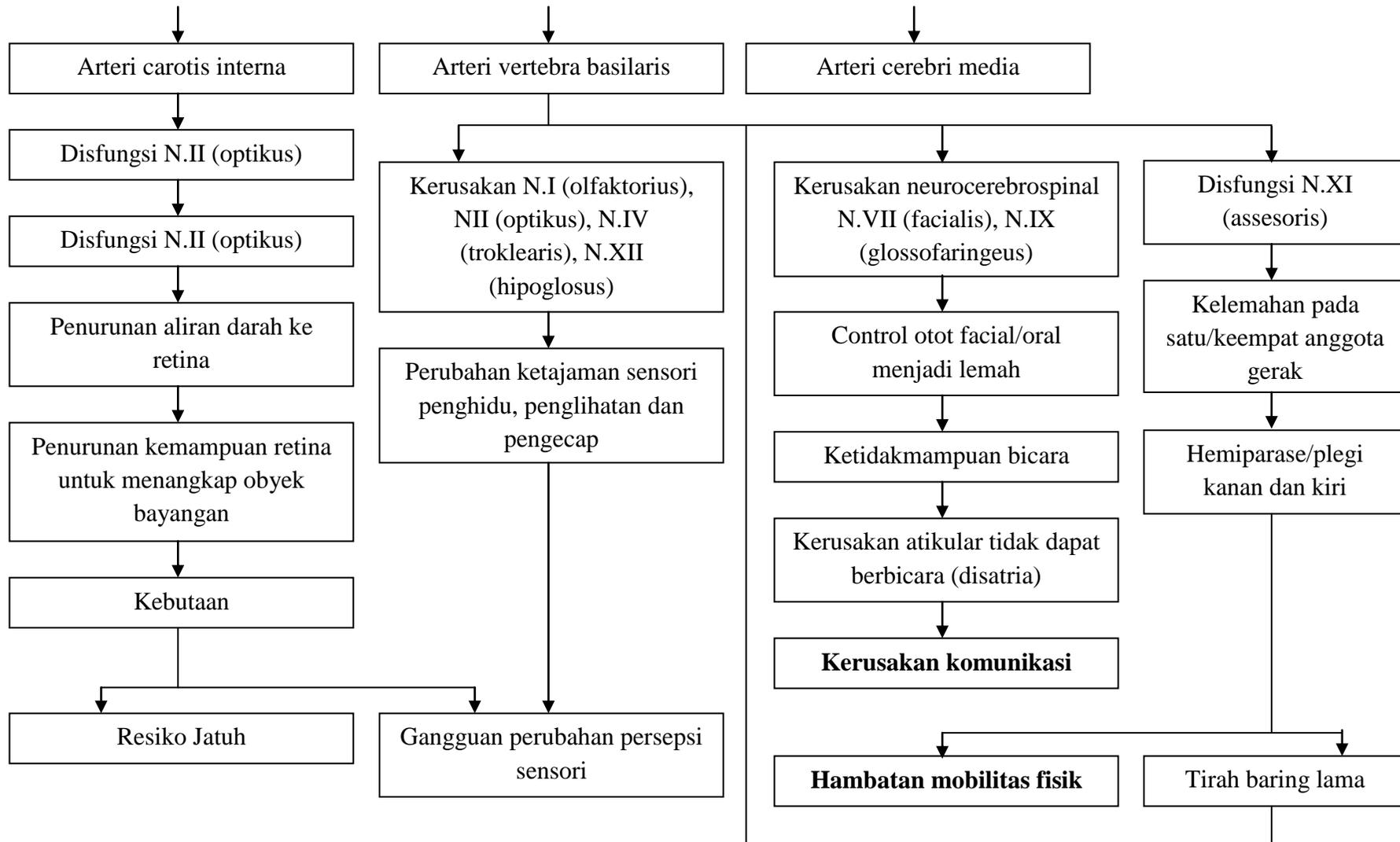
Pengikatan reseptor ini memicu pengaktifan enzim nitratoksida sintase (NOS), yang menyebabkan terbentuknya molekul gas nitrat oksida (NO). Pembentukan NO dapat terjadi secara cepat dalam jumlah besar sehingga terjadi kerusakan dan kematian neuron. Akhirnya jaringan otak yang mengalami infark dan respon inflamasi akan terpicu (Ester, 2010 ; Wakhidah, 2015)

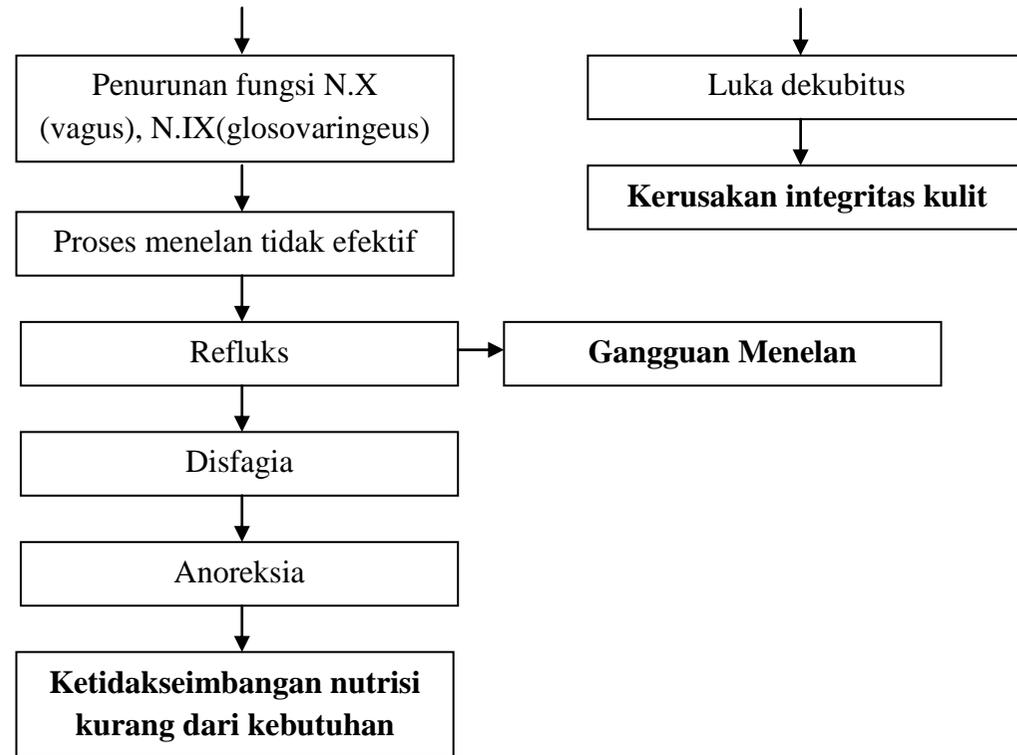
Ketidakefektifan perfusi jaringan pada otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi Willis : arteria karotis interna dan system vertebrobasilar dan semua cabang-cabangnya. Secara umum apabila darah ke jaringan otak terputus selama 15-20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Namun, perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark didaerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut.

Apabila terjadi infark pada bagian otak yang berperan sebagai pengendali otot maka tubuh akan mengalami penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparese sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas, defisit perawatan diri karena tidak bisa menggerakkan tubuh untuk merawat diri sendiri, pasien tidak mampu untuk makan sehingga nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Defisit neurologis juga akan menyebabkan gangguan pencernaan sehingga mengalami disfungsi saluran pencernaan dan kandung kemih lalu akan mengalami gangguan eliminasi. Karena ada penurunan kontrol volunter maka kemampuan batuk juga akan berkurang dan mengakibatkan penumpukan sekret sehingga pasien akan mengalami gangguan jalan nafas dan pasien kemungkinan tidak mampu menggerakkan otot-otot untuk bicara sehingga pasien mengalami gangguan komunikasi verbal berupa disfungsi bahasa dan komunikasi.

### 1.1.7. Pathway/Kerangka Teori Stroke







Sumber: Nurarif. 2012 hal. 151

### **1.1.8. Komplikasi**

Menurut Hariyanto & Sulistyowati (2015), komplikasi pada stroke antara lain :

1. Peningkatan tekanan intracranial.
2. Disritmia jantung.
3. Kontraktur.
4. Immobilisasi yang dapat menyebabkan infeksi pernapasan, decubitus, dan konstipasi.
5. Paralisis yang dapat menyebabkan nyeri kronis, resiko jatuh, atrofi.
6. Kejang akibat kerusakan atau gangguan pada listrik otak.
7. Nyeri kepala kronis seperti migrain.
8. Malnutrisi

### **1.1.9. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Wijaya & Putri (2013), pemeriksaan penunjang pada penyakit stroke antara lain :

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/ruptur.

2. Elektro encefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

3. Sinar x tengorak

Menggambar perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid.

4. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arteriskerosis)

5. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

6. MRI

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnois/perdarahan intracranial.

7. Pemeriksaan Foto Thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

## 8. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pungsi lumbal : Tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.
- b. Pemeriksaan darah rutin
- c. Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Guladarah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

### 1.1.10. Penatalaksanaan Medis

*Pertama*, penatalaksanaan stroke stadium hiperakut. Tindakan pada stadium ini dilakukan di Instalasi Rawat Darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebro-kardio-pulmonal yang bertujuan agar kerusakan jaringan otak tidak meluas. Pada stadium ini, pasien diberi oksigen 2 L/menit dan cairan kristaloid/koloid. Hindari pemberian cairan dekstrosa dalam H<sub>2</sub>O.

Dilakukan pemeriksaan CT scan otak, electrocardiography, foto thorax, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protombin time/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit). Jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di Instalasi Rawat Darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

*Kedua*, penatalaksanaan stroke stadium akut. Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologis maupun penyulit. Selain itu, dilakukan tindakan juga terapi fisik, okupasi, wicara dan psikologis serta telaah social untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada keluarga pasien perlu, menyangkut dampak stroke terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

Penatalaksanaan stroke hemoragik :

#### 1. Terapi Umum

Pasien stroke hemoragik harus dirawat di ICU jika volume hematoma >30 ml, perdarahan intraventrikuler dengan hydrocephalus, dan keadaan klinis cenderung memburuk. Tekanan darah harus diturunkan sampai tekanan darah premorbid atay 15%-20% bila tekanan sistolik >180 mmHg, diastolik >120 mmHg, MAP >130mmHg, dan volume hematoma bertambah. Bila terdapat gagal jantung, tekanan darah harus segera diturunkan dengan labelatol iv 10 mg (pemberian dalam 2 menit) sampai 20 mg (pemberian dalam 10 menit) maksimum 300 mg ; enalapril iv 0,625-1,25mg per 1,25 per 6 jam ; kaptopril 3 kali 6,25-25 mg per oral.

Jika didapatkan tanda tekanan intracranial meningkat, posisi kepala dinaikkan 30°. Posisi kepala dan dada di satu bidang. Pemberian manitol (lihat penanganan stroke iskemik) dan hiperventilasi (pCO<sub>2</sub> 20-35 mmHg).

Penatalaksanaan umum sama dengan pada stroke iskemik, tukak lambung diatasi dengan antagonis H<sub>2</sub> parenteral, sukralfat atau inhibitor dengan fisioterapi dan diobati dengan antibiotik spectrum luas.

## 2. Terapi Khusus

Neuroprotektor dapat diberikan kecuali yang bersifat vasodilator. Tindakan bedah mempertimbangkan usia dan letak perdarahan, yaitu pada pasien yang kondisinya kian memburuk dengan perdarahan cerebellum berdiameter >3 cm<sup>3</sup>, hydrocephalus akut akibat perdarahan lobar >60 mL dengan tanda peningkatan tekanan intracranial akut dan ancaman herniasi.

Pada perdarahan subarachnoid, dapat digunakan antagonis Kalsium (nimodipin) atau tindakan bedah (ligase, embolisasi, ekstirpasi, maupun gamma knife) jika penyebabnya adalah aneurisme atau malformasi arteri-vena (arteriovenous malformation, AVM).

Penatalaksanaan stroke iskemik/non hemoragik :

### 1. Terapi Umum

Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang ; ubah posisi tidur setiap 2 jam ; mobilisasi dimulai bertahap bila homodynamic sudah stabil. Selanjutnya, bebaskan jalan napas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisis gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya. Jika

kandung kemih penuh, sebaiknya dikosongkan dengan kateter intermittent).

Berikann nutrisi dengan cairan isotonic, kristaloid atau koloid 1500-2000 mL dan elektrolit sesuai kebutuhan. Hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi per oral hanya jika fungsi menelannya baik. Jika didapatkan gangguan menelan atau kesadaran menurun, dianjurkan melalui selang nasogastric.

Kadar gula darah  $>150$  mg % harus dikoreksi sampai batas gula darah 150 mg % dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama. Hipoglikemia (kadar gula darah  $<60$  mg% atau 80mg% 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

## 2. Terapi Khusus

Ditunjukkan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan, atau yang dianjurkan dengan trombolitik rr-PA (recombinant tissue Plasminogen Activator). Dapat jugadiberi agen neuroproteksi, yaitu sitikolin atau pirasetam (jika didapatkan afasia).

*Ketiga*, penatalaksanaan stroke stadium subakut. Pada stadium ini, tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku,

menelan, terapi wicara dan bladder training (termasuk terapi fisik). Mengingat perjalanan penyakit yang panjang, dibutuhkan penatalaksanaan khusus intensif pascastroke di rumah sakit dengan tujuan kemandirian pasien, mengerti, memahami dan melaksanakan program preventif primer dan sekunder. Berikut terapi fase subakut :

1. Melanjutkan terap sesuai kondisi akut sebelumnya.
2. Penatalaksanaan komplikasi.
3. Restorasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien), yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
4. Prevensi sekunder.
5. Edukasi keluarga dan Discharge Planning.

## **2.2 Konsep Mobilitas Dan Gangguan Mobilitas**

### **2.2.1 Pengertian Mobilitas**

Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatan (Hidayat, 2015).

Gangguan mobilitas fisik (immobilisasi) didefinisikan oleh North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) sebagai suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik.

### 2.2.2 Jenis Mobilitas

Menurut Hidayat (2015), mobilitas dapat dibagi menjadi :

1. Mobilitas penuh : merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi social dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motoric volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh terseseorang.
2. Mobilitas sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motoric dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pasien paraplegi dapat mengalami mobilitas sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan control motoric dan sensorik. Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu :
  - a. Mobilitas sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem musculoskeletal, conntohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.
  - b. Mobilitas sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversible, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena

cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motoric dan sensorik.

### **2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Mobilitas**

Menurut Hidayat (2015), mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya :

1. Gaya hidup.

Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

2. Proses Penyakit/Cedera

Proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat memengaruhi fungsi sistem tubuh. Sebagai contoh, orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan dalam ekstremitas bagian bawah.

3. Kebudayaan.

Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat ; sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.

4. Tingkat Energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik, dibutuhkan energy yang cukup.

## 5. Usia dan Status Perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

### 2.2.3 Dampak Gangguan Mobilitas

Menurut Vaughans (2011), gangguan mobilitas berdampak antara lain pada :

#### 1. Integumentary

Kerusakan kulit, formasi decubitus

#### 2. Musculoskeletal

##### a. Atrofi otot : kelemahan dan kontraktur

- Kelemahan
- Kontraktur
- Mobilitas sendi menurun
- Jatuh

##### b. Tulang kekurangan mineral

#### 3. Saraf

Deprivasi sensori

#### 4. Endokrin

##### a. Gangguan fungsi hormone

##### b. Metabolisme berkurang

##### c. Intolerans aktivitas

#### 5. Kardiovaskular

##### a. Beban kerja jantung bertambah

- b. Thrombi
  - c. Emboli
    - Stroke
    - Serangan jantung
    - Penghentian pernapasan
  - d. Hipotensi ortostatik
6. Pernapasan
- a. Pneumonia
  - b. Gangguan pergantian gas
7. Pencernaan
- a. Anoreksia
  - b. Konstipasi
8. Perkemihan
- a. Infeksi saluran perkemihan
  - b. Inkontinensia perkemihan (kandung kemih membengkak)
  - c. Kalkulus renal (batu ginjal)
9. Psikososial
- a. Stres
  - b. Interupsi tidur
  - c. Depresi
  - d. Isolasi social
  - e. Gangguan peran dan hubungan
  - f. Gangguan image tubuh dan harga diri
  - g. Gangguan seksualitas

## **2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian/anamnesis pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial (Arif, 2012).

#### 1. Identitas klien

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

#### 2. Keluhan utama

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

#### 3. Riwayat penyakit sekarang

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

#### 4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat anti hipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol 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.

#### 5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi diabetes mellitus atau ada riwayat stroke dari generasi terdahulu.

#### 6. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitis 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, masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat. Adakah dampak

yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

## 7. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis/pengkajian yang mengarah pada beberapa keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan beberapa keluhan klien (Arif, 2012).

### 1. Keadaan Umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami, gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada vital sign tekanan darah meningkat dan denyut nadi bervariasi.

### 2. B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos

mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan raktil premitus seimbang kanan dan kiri.

### 3. B2 (Blood)

Pengkajian pada system kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif (tekanan darah >200 mmhg)

### 4. B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai defcitis neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

#### a. Pengkajian tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitive untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat

kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

b. Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa lobus frontal dan hemisfer (Arif, 2012).

1. Status mental. Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motoric klien. Pada klen stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.
2. Fungsi intelektual. Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami brain damage yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.
3. Kemampuan bahasa. Penurunan kemampuan bahasa bergantung daerah lesi yang mempengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak

dapat memahami lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartia (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

4. Lobus frontal. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi pada lobus frontal kasitas, memori atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka.
5. Hemisfer. Stroke hemisfer kanan didapatkan hemiparese sebelah kiri tubuh, penilaian buruk dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh kesisi yang berlawanan tersebut.

c. Pengkajian Saraf Kranial

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf cranial I-XII

1. Saraf I, biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
2. Saraf II, Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
3. Saraf III, IV, VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugar unilateral di sisi yang sakit.
4. Saraf V, pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilatera, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan ekstremitas.
5. Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
6. Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
7. Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

8. Saraf XI. Tidak ada atrofi otot stenokleidomastoideus dan trapezius.
  9. Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.
- d. Pengkajian Sistem Motorik. Stroke adalah penyakit saraf motoric atas atau Upper Motor Neuron (UMN) dan mengakibatkan kehilangan control volunteer terhadap gerakan motoric. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan control motor volunteer pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi yang berlawanan dari otak.
1. Inspeksi umum. Didapatkan hemiplegia (paralisis salah satu sisi)
  2. Fasikulasi. Didapatkan pada otot ekstremitas
  3. Tonus otot. Didapatkan meningkat.
  4. Kekuatan otot. Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit didapatkan tingkat 0.
  5. Keseimbangan dan koordinasi. Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparese dan hemiplegia.
- e. Pengkajian Refleks. Pemeriksaan reflex terdiri atas pemeriksaan reflex profunda dan pemeriksaan refleks pada respons normal.

1. Pemeriksaan Refleks Profunda. Pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleks pada respons normal.
  2. Pemeriksaan Refleks Patologis. Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului refleks patologis.
- f. Pengkajian Sistem Sensorik. Dapat terjadi hemihipestesi. Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan saraf sensori primer antara mata dan kortaks visual. Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil dan auditorius.
5. B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motoric dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi

intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

#### 6. B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

#### 7. B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan control volunteer terhadap gerakan motoric. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan control motoric volunteer pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motoric paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan oksigen kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji beberapa tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau

paralise/plegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

### **2.3.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien yang di observasi di lapangan, kondisi ini dapat berupa masalah aktual ataupun potensial atau diagnosis sejahtera (Wilkinson, 2012). Adapun diagnosis keperawatan pada pasien stroke menurut Nurarif dan Kusuma (2015) sebagai berikut :

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, spastisitas dan cedera otak
2. Gangguan menelan berhubungan dengan penurunan fungsi nerfus vagus atau hilangnya refluks muntah
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nerfus hipoglossus
4. Nyeri akut
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gejala sisa stroke
6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hemiparesis/hemiplegia, penurunan mobilitas
7. Resiko jatuh berhubungan dengan perubahan ketajaman penglihatan
8. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial/oral

9. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme)

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Stroke

**Tabel 2.1. Intervensi Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p><b>Hambatan Mobilitas Fisik</b>  <b>Definisi :</b> Keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.  <b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan waktu reaksi</li> <li>2. Kesulitan membolak-balik posisi</li> <li>3. Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, focus pada ketunadayaan/aktivitas sebelum sakit)</li> <li>4. Dispnea setelah beraktivitas</li> <li>5. Perubahan cara berjalan</li> <li>6. Gerakan bergetar</li> <li>7. Keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar</li> <li>8. Keterbatasan rentang pergerakan sendi</li> <li>9. Tremor akibat pergerakan</li> <li>10. Ketidakstabilan postur</li> <li>11. Pergerakan lambat Pergerakan tidak terkoordinasi</li> </ol> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intoleransi aktivitas</li> <li>2. Perubahan metabolisme seluler</li> <li>3. Ansietas</li> <li>4. Indeks masa tubuh di atas perentil ke-75</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Joint Movement : Active</li> <li>b. Mobility Level</li> <li>c. Self care : ADLs</li> <li>d. Transfer performance</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>4. Memperagakan penggunaan alat</li> <li>5. Bantu untuk mobilisasi (walker)</li> </ol>	<p><b>NIC</b>  <b>Exercise therapy : ambulation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</li> <li>3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</li> <li>4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</li> <li>5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhn ADLs pasien</li> <li>8. Berikan alat bantu jika klien memerlukan</li> <li>9. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> </ol>

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
sesuai usia 5. Gangguan kognitif 6. Kontraktur 7. Kepercayaan budaya tentang aktivitas sesuai usia 8. Fisik tidak bugar 9. Penurunan ketahanan tubuh 10. Penurunan ketahanan tubuh 11. Penurunan kendali otot 12. Malnutrisi 13. Gangguan musculoskeletal 14. Gangguan neuromuscular 15. Nyeri 16. Penurunan kekuatan otot 17. Kurang pengetahuan tentang aktivitas fisik 18. Keadaan mood depresif 19. Keterlambatan perkembangan 20. Ketidaknyamanan 21. Disuse, kaku sendi 22. Kurang dukungan lingkungan (mis., fisik atau social) 23. Keterbatasan ketahanan kardiovaskular 24. Kerusakan integritas struktur tulang 25. Progam pembatasan gerak 26. Keengganan memulai pergerakan 27. Gaya hidup monoton 28. Gangguan sensori perseptual		

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 267

**Tabel 2.2. Intervensi Keperawatan Gangguan Menelan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<b>Definisi</b> : abnormal fungsi mekanisme menelan yang dikaitkan dengan defisit struktur atau fungsi oral,	<b>NOC</b> a. Pencegahan aspirasi b. Ketidakefektifan pola menyusui	<b>NIC</b> <b>Aspiration Precautions</b> 1. Memantau tingkat kesadaran, refleks batuk,

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>faring atau esophagus.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan fase esophagus</li> <li>2. Abnormalitas pada fase esophagus pada pemeriksaan menelan</li> <li>3. Pernafasan bau asam</li> <li>4. Bruksisme</li> <li>5. Nyeri epigastrik, nyeri ulu hati</li> <li>6. Menolak makan</li> <li>7. Hematemesis</li> <li>8. Hiperekstensi kepala (mis; membungkuk pada saat atau setelah makan)</li> <li>9. Bangun malam karena mimpi buruk</li> <li>10. Batuk malam hari</li> <li>11. Terlihat bukti kesulitan menelan (mis; statis makanan pada rongga mulut, batuk/tersedak)</li> <li>12. Odinofagia</li> <li>13. Regurgitasi isi lambung (sendawa bawah)</li> <li>14. Menelan berulangKeluhan “ada yang menyangkut”</li> <li>15. Kegelisahan yang tidak jelas seputar waktu makan</li> <li>16. Pembatasan volume</li> <li>17. Muntah, muntahan di bantak</li> </ol> <p><i>Gangguan fase oral</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abnormalitas fase oral pada pemeriksaan menelan</li> <li>2. Tersedak sebelum makan</li> <li>3. Batuk sebelum menelan</li> <li>4. Ngiler</li> <li>5. Makanan jatuh dari mulut</li> <li>6. Makanan terdorong keluar dari mulut</li> <li>7. Muntah sebelum menelan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>c. Status menelan : tindakan pribadi untuk mencegah peneluaran cairan dan partikel padat ke dalam paru</li> <li>d. Status menelan : fase esophagus : penyaluran cairan atau partikel padat dari faring ke lambung</li> <li>e. Status menelan : fase oral : persiapan, penahanan dan pergerakan cairan atau partikel padat ke arah posterior di mulut</li> <li>f. Status menelan : fase faring : penyaluran cairan atau partikel padat dari mulut ke esofagus</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat mempertahankan makanan dalam mulutKemampuan menelan adekuat</li> <li>2. Pengiriman bolus ke hipofaring selaras dengan reflex menelan</li> <li>3. Kemampuan untuk mengosongkan rongga mulut</li> <li>4. Mampu mengontrol mual dan mutah</li> <li>5. Imobilitas konsekuensi : fisiologis</li> <li>6. Pengetahuan tentang prosedur pengobatan</li> <li>7. Tidak ada kerusakan otot tenggorokan atau otot wajah, menelan, menggerakkan lidah atau reflex mutah</li> </ol>	<p>refleks muntah, dan kemampuan menelan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memonitor status paru</li> <li>3. Menjaga/ mempertahankan jalan napas</li> <li>4. Posisi tegak 90 derajat atau sejauh mungkin</li> <li>5. Jauhkan manset trakea meningkat</li> <li>6. Jauhkan pengaturan hisap yang tersedia</li> <li>7. Jauhkan pengaturan hisap yang tersedia</li> <li>8. Menyampaikan makanan dalam jumlah kecil</li> <li>9. Periksa penempatan tabung NG atau gastrostomy sisa sebelum makan</li> <li>10. Hindari makan, jika residu tingi tempat “pewarna” dalam tabung pengisi NG</li> <li>11. Hindari cairan atau menggunakan zat pengental</li> <li>12. Penawaran makanan atau cairan yang dapat dibentuk menjadi bolus sebelum menelan</li> <li>13. Potong makanan menjadi potongan-potongan kecil</li> <li>14. Permintaan obat dalam bentuk obat mujarab</li> <li>15. Istirahat atau menghancurkan pil sebelum pemberian</li> <li>16. Jauhkan kepala tempat tidur ditinggikan 30 sampai 45 menit setelah makan</li> <li>17. Sarankan pidato/bebicara patologi berkonsultasi</li> <li>18. Sarankan barium menelan kue atau video fluoroskopi</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>8. Ketidakmampuan membersihkan rongga mulut</p> <p>9. Masuknya bolus terlalu dini</p> <p>10. Bibir tidak menutup rapat</p> <p>11. Kurang mengunyah</p> <p>12. Kurang kerja lidah untuk membentuk bolus</p> <p>13. Makan lama dengan konsumsi sedikit</p> <p>14. Refluks sedikit</p> <p>15. Piecemeal deglutition</p> <p>16. Makanan terkumpul di sulkus lateral</p> <p>17. Sialorea</p> <p>18. Pembentukan bolus terlalu lambat</p> <p>19. Kelemahan menghisap yang mengakibatkan ketidakcukupan mengatur putting</p> <p><i>Gangguan Fase Faring</i></p> <p>1. Abnormalitas pada fase faring pada pemeriksaan menelan</p> <p>2. Gangguan posisi kepala</p> <p>3. Tersedak, batuk</p> <p>4. Keterlambatan menelan</p> <p>5. Menolak makan, mutah</p> <p>6. Suara seperti kumur</p> <p>7. Ketidakadekuatan elevasi laring</p> <p>8. Menelan berkali-kali</p> <p>9. Refluks nasal</p> <p>10. Infeksi paru berulang</p> <p>11. Demam yang tidak jelas penyebabnya</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b> Defisit kongenital</p> <p>1. Masalah perilaku makan</p> <p>2. Gangguan dengan hipotonia signifikan</p> <p>3. Penyakit jantung kongenital</p> <p>4. Gagal bertumbuh</p>	<p>8. Pemulihan pasca prosedur pengobatan</p> <p>9. Kondisi pernapasan, ventilasi adekuat</p> <p>10. Mampu melakukan perawatan terhadap non pengobatan parenteral</p> <p>11. Mengidentifikasi faktor emosi atau psikologis yang menghambat menelan</p> <p>12. Dapat mentoleransi ingesti makanan tanpa tersedak atau aspirasi</p> <p>Menyusui adekuat</p> <p>13. Kondisi menelan bayi</p> <p>14. Memelihara kondisi gizi : makanan &amp; asupan cairan ibu dan bayi</p> <p>15. Hidrasi tidak ditemukan</p> <p>16. Pengetahuan mengenai cara menyusui</p> <p>17. Kondisi pernafasan adekuat</p> <p>18. Tidak terjadi gangguan neurologis</p>	

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
5. Riwayat makan dengan slang 6. Obstruksi mekanis (mis;edema, slang trakeostomi, tumor) 7. Gangguan neuromuscular (mis; penurunan atau hilangnya refles muntah, penurunan kekuatan atau ekskursi otot yang terlibat dalam mastikasi, gangguan persepsi, paralisi fasial) 8. Malnutrisi energy protein 9. Gangguan pernafasan 10. Anomali saluran nafas atas <i>Masalah Neurologis</i> 1. Akalasia 2. Defek anatomi didapat 3. Paralisis serebral 4. Gangguan saraf kranial 5. Keterlambatan perkembangan 6. Abnormalitas laring 7. Defek laring, nasal, rongga nasofaring, trakea, esophagus 8. Trauma, cedera kepala traumatic 9. Anomali jalan nafas atas		

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 255

**Tabel 2.3. Intervensi Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh</b> <b>Definisi :</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik <b>Batasan Karakteristik :</b> 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen	<b>NOC</b> a. Nutritional Status: b. Nutritional Status : food and fluid intake c. Nutritional status : nutrient intake d. Weight control	<b>NIC</b> <b>Nutrition Managements</b> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>3. Menghindari makanan  4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal  5. Kerapuhan kapiler  6. Diare  7. Kehilangan rambut berlebihan  8. Bising usus hiperaktif  9. Kurang makanan  10. Kurang informasi  11. Kurang minat pada makanan  12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat  13. Kesalahan konsepsi  14. Kesalahan informasi  15. Membran mukosa pucat  16. Ketidakmampuan memakan makanan  Tonus otot menurun  17. Mengeluh gangguan sensasi rasa  18. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)  19. Cepat kenyang setelah makan  20. Sariawan rongga mulut  21. Steatorea  22. Kelemahan otot pengunyah  23. Kelemahan otot untuk menelan</p> <p><b>Faktor-faktor yang berhubungan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor biologis</li> <li>2. Faktor ekonomi</li> <li>3. Ketidak mampuan untuk mengabsorsi nutrient</li> <li>4. Ketidak mampuan untuk mencerna makanan</li> <li>5. Ketidak mampuan menelan makanan</li> <li>6. Faktor psikologis</li> </ol>	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>2. Berat badan ideal dengan tinggi badan</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi</li> <li>5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan  Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>5. Berikan substansi gula</li> <li>6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li> <li>8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> <li>9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi  Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</li> </ol> <p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BB pasien dalam batas normal</li> <li>2. Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</li> <li>4. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan</li> <li>5. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</li> <li>7. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</li> <li>8. Monitor turgor kulit</li> <li>9. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</li> <li>10. Monitor mual dan mutah</li> <li>11. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		12. Monitor pertumbuhan dan perkembangan 13. Monitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva 14. Monitor kalori dan intake nutrisi 15. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papilla lidah dan cavitas oral 16. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 294

**Tabel 2.3. Intervensi Keperawatan Nyeri Akut**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p><b>Nyeri Akut</b>  <b>Definisi :</b> Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain) ; awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung &lt;6 bulan.  <b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan selera makan</li> <li>2. Perubahan tekanan darah</li> <li>3. Perubahan frekwensi jantung</li> <li>4. Perubahan frekwensi pernapasan</li> <li>5. Laporan isyarat</li> <li>6. Diaforesis</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pain level</li> <li>b. Pain control</li> <li>c. Comfort level</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</li> </ol>	<p><b>NIC</b>  <b>Pain Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>7. Perilaku distraksi (mis; berjalan mondar-mandir mencari orang lain atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</p> <p>8. Mengekspresikan perilaku (mis; gelisah, merengek, menangis)</p> <p>9. Masker wajah (mis; mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</p> <p>10. Sikap melindungi area nyeri</p> <p>11. Fokus menyempit (mis; gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</p> <p>12. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>14. Sikap tubuh melindungi</p> <p>15. Dilatasi pupil</p> <p>16. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>17. Gangguan tidur</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <p>1. Agen cedera (mis; biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p> <p>2. Tremor akibat pergerakan</p> <p>3. Ketidakstabilan postur</p> <p>4. Pergerakan lambat</p> <p>5. Pergerakan tidak terkoordinasi</p> <p>6. Intoleransi aktivitas</p> <p>7. Perubahan metabolisme seluler</p> <p>8. Ansietas</p> <p>9. Indeks masa tubuh diatas perentil ke-75 sesuai usia</p>		<p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</p> <p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p> <p>16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p><b>Analgesic Administration</b></p> <p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>2. Cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi</p> <p>3. Cek riwayat alergi</p> <p>4. Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>6. Tentukan analgesic pilihan, rute pemberian dan dosis optimal</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
10. Gangguan kognitif 11. Kontraktur 12. Kepercayaan budaya tentang aktivitas sesuai usia 13. Fisik tidak bugar 14. Penurunan ketahanan tubuh 15. Penurunan ketahanan tubuh 16. Penurunan kendali otot 17. Malnutrisi 18. Gangguan musculoskeletal 19. Gangguan neuromuscular 20. Nyeri 21. Penurunan kekuatan otot 22. Kurang pengetahuan tentang aktivitas fisik 23. Keadaan mood depresif		7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur 8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali 9. Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat 10. Evaluasi efektivitas analgesic, tanda dan gejala

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 299

**Tabel 2.5. Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri Makan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Defisit Perawatan Diri Makan</b> <b>Definisi :</b> Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan sendiri <b>Batasan Karakteristik :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan mengambil makanan dan memasukkan ke mulut</li> <li>2. Ketidakmampuan mengunyah makanan</li> <li>3. Ketidakmampuan menghabiskan makanan</li> <li>4. Ketidakmampuan menempatkan makanan ke perlengkapan makanan</li> </ol>	<b>NOC</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Activity Intolerance</li> <li>b. Mobility : physical impaired</li> <li>c. Self Care Deficit Hygiene</li> <li>d. Self Care Deficit Feeding</li> </ol> <b>Kriteria Hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status nutrisi : ketersediaan zat gizi untuk memenuhi kebutuhan metabolic.</li> <li>2. Status nutrisi : asupan makanan dan cairan : kuantitas makanan dan cairan yang diasup ke dalam tubuh selama periode 24 jam</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Self-Care Assistance : Feeding</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pasien kemampuan untuk menelan</li> <li>2. Identifikasi diet yang diresepkan</li> <li>3. Mengatur nampan makanan dan meja menarik</li> <li>4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan (misalnya, menempatkan pispot, urinal dan peralatan penyedotan keluar dari pandangan)</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>5. Ketidakmampuan menggunakan perlengkapan makanan</p> <p>6. Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima secara social</p> <p>7. Ketidakmampuan memakan makanan dengan aman</p> <p>8. Ketidakmampuan memakan makanan dalam jumlah memadai</p> <p>9. Ketidakmampuan memanipulasi makanan dalam mulut</p> <p>10. Ketidakmampuan membuka wadah makanan</p> <p>11. Ketidakmampuan mengambil gelas atau cangkir</p> <p>12. Ketidakmampuan menyiapkan makanan untuk dimakan</p> <p>13. Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p>14. Ketidakmampuan menggunakan alat bantu</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kognitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Ketidaknyamanan</li> <li>4. Kendala lingkungan</li> <li>5. Keletihan</li> <li>6. Gangguan musculoskeletal</li> <li>7. Gangguan neuromuscular</li> <li>8. Nyeri</li> <li>9. Gangguan persepsi</li> <li>10. Ansietas berat</li> <li>11. Kelemahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Perawatan diri : <ul style="list-style-type: none"> <li>Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> </ul> </li> <li>4. Status menelan : <ul style="list-style-type: none"> <li>perjalanan makanan padat atau cairan secara aman dari mulut ke lambung</li> </ul> </li> <li>5. Mampu makan secara mandiri</li> <li>6. Mengungkapkan kepuasan makan dan terhadap kemampuan untuk makan sendiri</li> <li>7. Menerima suapan dari pemberi asuhan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pastikan posisi pasien yang tepat untuk memfasilitasi mengunyah dan menelan</li> <li>6. Memberikan bantuan fisik, sesuai kebutuhan</li> <li>7. Menyediakan untuk menghilangkan rasa sakit yang memadai sebelum makan</li> <li>8. Menyediakan kesehatan mulut sebelum makan</li> <li>9. Perbaiki makanan di nampan, yang diperlukan, seperti memotong daging atau mengupas telur</li> <li>10. Buka makanan keemasan</li> <li>11. Hindari menempatkan makanan di sisi seseorang yang buta</li> <li>12. Jelaskan lokasi makanan di atas nampan untuk orang dengan gangguan penglihatan</li> <li>13. Tempatkan pasien dalam posisi nyaman makan</li> <li>14. Lindungi dengan kain alas dada</li> <li>15. Menyediakan sedotan, sesuai kebutuhan atau yang diinginkan</li> <li>16. Menyediakan makanan pada suhu yang paling selera</li> <li>17. Menyediakan makanan dan minuman yang disukai</li> <li>18. Memantau berat badan pasien</li> <li>19. Memonitor status hidrasi pasien</li> <li>20. Dorong pasien untuk makan diruang makan, jika tersedia</li> <li>21. Menyediakan interaksi social yang sesuai</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		8. Menyediakan perangkat adaptif untuk memfasilitasi diri makan pasien (mis. Tali kecil pada peralatan) 9. Menggunakan cangkir dengan pegangan yang besar, jika perlu 10. Gunakan piring yang tidak mudah pecah 11. Memberikan isyarat sering dan pengawasan yang ketat

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 242

**Tabel 2.6. Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri Mandi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p><b>Defisit Perawatan Diri Mandi</b>  <b>Definisi :</b> Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri  <b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi</li> <li>2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> <li>3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>4. Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> <li>5. Ketidakmampuan mengatur air mandi</li> <li>6. Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> </ol> <p><b>Faktor yang Berhubungan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kognitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Kendala lingkungan</li> <li>4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Activity Intolerance</li> <li>b. Mobility : physical impaired</li> <li>c. Self Care Deficit Hygiene</li> <li>d. Sensory perception, Auditory disturbed</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>2. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>3. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.</li> </ol>	<p><b>NIC</b>  <b>Self-Care Assistance : Bathing/Hygiene</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>4. Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi</li> <li>5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotatau di kamar mandi</li> <li>6. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aroma terapi)</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
5. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial 6. Gangguan musculoskeletal 7. Gangguan neuro muscular 8. Nyeri 9. Gangguan persepsi 10. Ansietas berat	4. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 5. Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 6. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	7. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi dan personal. 8. Memfasilitasi gigi pasien menyikat , sesuai 9. Memfasilitasi diri mandi pasien 10. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien 11. Memantau integritas kulit pasien 12. Menjaga kesehatan ritual Memfasilitasi pemeliharaan rutin biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur/alat peraga dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita selimut/mainan, dot, atau favorit, untk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah) 13. Mendorong orang tua /keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 244

**Tabel 2.7. Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri Berpakaian**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Defisit Perawatan Diri Berpakaian</b> <b>Definisi :</b> Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas berpakaian	<b>NOC</b> a. Self Care Status b. Self care : Dressing c. Activity Tolerance d. Fatigue level	<b>NIC</b> <b>Self-Care Assistance : Dressing/Grooming</b> 1. Pantau tingkat kekuatan dan toleransi aktivitas 2. Pantau peningkatan dan penurunan kemampuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>dan berias untuk diri sendiri</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan mengancingkan pakaian</li> <li>2. Ketidakmampuan mendapatkan pakaian</li> <li>3. Ketidakmampuan mendapatkan atribut pakaian</li> <li>4. Ketidakmampuan mengenakan sepatu</li> <li>5. Ketidakmampuan mengenakan kaos kaki</li> <li>6. Ketidakmampuan melepaskan atribut pakaian</li> <li>7. Ketidakmampuan melepas sepatu</li> <li>8. Ketidakmampuan mengenakan kaus kaki</li> <li>9. Hambatan memilih pakaian</li> <li>10. Hambatan mempertahankan penampilan yang memuaskan</li> <li>11. Hambatan mengambil pakaian</li> <li>12. Hambatan mengenakan pakaian pada tubuh bawah</li> <li>13. Hambatan mengenakan pakaian pada tubuh atas</li> <li>14. Hambatan memasang sepatu</li> <li>15. Hambatan memasang kaus kaki</li> <li>16. Hambatan melepas pakaian</li> <li>17. Hambatan melepas sepatu</li> <li>18. Hambatan melepas kaus kaki</li> <li>19. Hambatan menggunakan alat bantu</li> <li>20. Hambatan menggunakan resleting</li> </ol>	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu melakukan tugas fisik yang paling mendasar dan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>2. Mampu untuk mengenakan pakaian dan berhias sendiri secara mandiri atau tanpa alat bantu</li> <li>3. Mampu mempertahankan kebersihan pribadi dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>4. Menggunakan alat bantu untuk memudahkan dalam berpakaian</li> <li>5. Dapat memilih pakaian dan mengambilnya dari lemari atau laci baju</li> <li>6. Mampu merisleting dan mengancing pakaian</li> <li>7. Mampu melepaskan pakaian, kaos kaki dan sepatu</li> <li>8. Menunjukkan rambut yang rapi dan bersih</li> <li>9. Menggunakan tata rias</li> </ol>	<p>untuk berpakaian dan melakukan perawatan rambut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>4. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>5. Bantu pasien memilih pakaian yang mudah dipakai dan dilepas</li> <li>6. Sediakan pakaian pasien pada tempat yang mudah di jangkau (disamping tempat tidur)</li> <li>7. Fasilitasi pasien untuk menyisir rambut, bila memungkinkan</li> <li>8. Dukung kemandirian dalam berpakaian, berhias, bantu pasien jika diperlukan</li> <li>9. Pertahankan privasi saat berpakaian</li> <li>10. Bantu pasien untuk menaikkan, mengancingkan dan merisleting pakaian, jika diperlukan</li> <li>11. Gunakan alat bantu tambahan (misal pengait kancing dan penarik risleting) untuk menarik pakaian jika diperlukan</li> <li>12. Beri pujian atas usaha untuk berpakaian sendiri</li> <li>13. Gunakan terapi fisik dan okupasi sebagai sumber dalam perencanaan tindakan pasien dalam perawatan pasien dengan alat bantu</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Faktor yang Berhubungan :</b> 1. Gangguan kognitif 2. Penurunan motivasi 3. Ketidaknyamanan 4. Kendala lingkungan 5. Kelelahan dan kelemahan 6. Gangguan musculoskeletal 7. Gangguan neuro muscular 8. Nyeri 9. Gangguan persepsi 10. Ansietas berat		

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 239

**Tabel 2.5. Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri Eliminasi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Defisit Perawatan Diri Eliminasi</b> <b>Definisi :</b> Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri <b>Batasan Karakteristik :</b> 1. Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat 2. Ketidakmampuan menyiram toilet atau korsi buang air (commode) 3. Ketidakmampuan naik ke toilet atau commode 4. Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi 5. Ketidakmampuan berdiri dari toilet atau commode 6. Ketidakmampuan untuk duduk di toilet atau commode <b>Faktor yang Berhubungan :</b> 1. Gangguan kognitif	<b>NOC</b> a. Activity Tolerance b. Mobility : physical impaired c. Fatigue level d. Anxiety self control e. Ambulation f. Self care deficit toileting g. Self care deficit hygiene h. Urinary incontinence : functional <b>Kriteria Hasil :</b> 1. Pengetahuan perawatan ostomy : tingkat pemahaman yang ditunjukkan tentang pemeliharaan ostomi untuk eliminasi 2. Perawatan diri : ostomi : tindakan pribadi untuk mempertahankan ostomi untuk eliminasi 3. Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk	<b>NIC</b> <b>Self-Care Assistance : Toileting</b> 1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 3. Lepaskan pakaian yang untuk memungkinkan penghapusan 4. Membantu pasien ke toilet/commode/bedpan/f raktur pan/urinoir pada selang waktu tertentu 5. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi 6. Menyediakan privasi selama eliminasi 7. Menyiram toilet/membersihkan penghapusan alat (commode, pispot) 8. Memulai jadwal ke toilet, sesuai 9.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
2. Penurunan motivasi 3. Kendala lingkungan 4. Kelelahan 5. Hambatan mobilitas 6. Hambatan kemampuan berpindah 7. Gangguan musculoskeletal 8. Gangguan neuro muscular 9. Nyeri 10. Gangguan persepsi 11. Ansietas berat 12. Kelemahan	4. melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan atau alat bantu 5. Perawatan diri Eliminasi : mampu untuk melakukan aktivitas eliminasi secara mandiri atau tanpa alat bantu 6. Mampu duduk dan turun dari kloset 7. Membersihkan diri setelah dari eliminasi 8. Mengenali dan mengetahui kebutuhan bantuan eliminasi	9. Memulai pasien/tepat lain dalam toilet rutin 10. Memulai mengelilingi kamar mandi, sesuai dan dibutuhkan 11. Menyediakan alat bantu (misalnya kateter eksternal atau urinal) 12. Memantau integritas kulit pasien

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 241\

**Tabel 2.9. Intervensi Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Kerusakan Integritas Kulit</b> <b>Definisi :</b> Perubahan/gangguan epidermis dan /atau dermis <b>Batasan Karakteristik :</b> 1. Kerusakan lapisan kulit (dermis) 2. Gangguan permukaan kulit (epidermis) 3. Invasi struktur tubuh <b>Faktor yang berhubungan:</b> <b>A. Eksternal</b> 1. Zat kimia, Radiasi 2. Usia yang ekstrim 3. Kelembapan 4. Hipertermia, hipotermia 5. Faktor mekanik (mis., gaya gunting shearing forces) 6. Medikasi 7. Lembab 8. Imobilitasi fisik	<b>NOC</b> a. Tissue integrity : Skin and Mucous Membranes b. Hemodialis akses <b>Kriteria Hasil :</b> 1. Integritas kulit yang baik bias dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi) 2. Tidak ada luka/lesi pada kulit 3. Perfusi jaringan baik 4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang 5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami	<b>NIC</b> <b>Pressure Management</b> 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Hindari kerutan pada tempat tidur 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan 6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan 7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien 8. Monitor status nutrisi pasien 9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>B. Internal</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan status cairan</li> <li>2. Perubahan pigmentasi</li> <li>3. Perubahan turgor</li> <li>4. Faktor perkembangan</li> <li>5. Kondisi ketidak seimbangan nutrisi (mis., obesitas, emasi)</li> <li>6. Penurunan imunologis</li> <li>7. Penurunan sirkulasi</li> <li>8. Kondisi gangguan metabolik</li> <li>9. Gangguan sensasi</li> <li>10. Tonjolan tulang</li> </ol>		<b>Insision site care</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan pada luka yang ditutup dengan jahitan, klip atau strapless</li> <li>2. Monitor proses kesembuhan area insisi</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi</li> <li>4. Bersihkan area sekitar jahitan atau staples, menggunakan lidi kapas steril</li> <li>5. Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program</li> </ol>

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 278

**Tabel 2.10. Intervensi Keperawatan Resiko Jatuh**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Resiko Jatuh</b> <b>Definisi :</b> Peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik <b>Faktor resiko</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dewasa <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usia 65 tahun atau lebih</li> <li>2. Riwayat jatuh</li> <li>3. Tinggal sendiri</li> <li>4. Prosthesis ekstremitas bawah</li> <li>5. Penggunaan alat bantu (mis; walker, tongkat)</li> <li>6. Penggunaan kursi roda</li> </ol> </li> <li>b. Anak <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usia dua tahun atau kurang</li> </ol> </li> </ol>	<b>NOC</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Trauma Risk For</li> <li>b. Injury risk for</li> </ol> <b>Kriteria Hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keseimbangan : kemampuan untuk mempertahankan ekuilibrium</li> <li>2. Gerakan terkoordinasi : kemampuan otot untuk bekerja sama secara volunteer untuk melakukan gerakan yang bertujuan</li> <li>3. Perilaku pencegahan jatuh : tindakan individu atau pemberi asuhan untuk meminimalkan faktor resiko yang dapat memicu jatuh dilingkungan individu</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Fall Prevention</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu</li> <li>2. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh</li> <li>4. Mengidentifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh (misalnya, lantai yang licin dan tangga terbuka)</li> <li>5. Sarankan perubahan dalam gaya berjalan pasien</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>2. Tempat tidur yang terletak dekat jendela</p> <p>3. Kurangnya penahan/pengekang kereta dorong</p> <p>4. Kurangnya/longgarnya pagar pada tangga</p> <p>5. Kurangnya penghalang tali pada jendela</p> <p>6. Kurang pengawasan orang tua</p> <p>7. Jenis kelamin laki-laki yang berusia &lt;1 tahun</p> <p>8. Bayi yang tidak diawasi saat berada dipermukaan yang tinggi (mis; tempat tidur/meja)</p> <p>c. Kognitif</p> <p>1. Penurunan status mental</p> <p>d. Lingkungan</p> <p>1. Lingkungan yang tidak terorganisasi</p> <p>2. Ruang yang memiliki pencahayaan yang redup</p> <p>3. Tidak ada materi yang antislip ditempat mandi pancuran</p> <p>4. Pengekangan</p> <p>5. Karpet yang tidak rata/terlipat</p> <p>6. Ruang yang tidak dikenal</p> <p>7. Kondisi cuaca (mis; lantai basah, es)</p> <p>e. Medikasi</p> <p>1. Penggunaan alcohol</p> <p>2. Inhibitor enzyme pengubah angiotensin</p> <p>3. Agen anti ansietas</p>	<p>4. Kejadian jatuh : tidak ada kejadian jatuh</p> <p>5. Pengetahuan : pemahaman pencegahan jatuh</p> <p>6. Pengetahuan : keselamatan anak fisik</p> <p>7. Pengetahuan : keamanan pribadi</p> <p>8. Pelanggaran perlindungan tingkat kebingungan akut</p> <p>9. Tingkat agitasi</p> <p>10. Komunitas pengendalian resiko : kekerasan</p> <p>11. Komunitas tingkat kekerasan</p> <p>12. Gerakan terkoordinasi</p> <p>13. Kecenderungan resiko pelarian untuk kawin</p> <p>14. Kejadian terjun</p> <p>15. Mengasuh keselamatan fisik remaja</p> <p>16. Mengasuh : bayi/balita keselamatan fisik</p> <p>17. Perilaku keselamatan pribadi</p> <p>18. Keparahan cedera fisik</p> <p>19. Pengendalian resiko</p> <p>20. Pengendalian resiko : penggunaan alcohol, narkoba</p> <p>21. Pengendalian resiko : pencahayaan sinar matahari</p> <p>22. Deteksi resiko</p> <p>23. Lingkungan rumah aman</p> <p>24. Aman berkeliaran</p> <p>25. Zat penarikan keparahan</p> <p>26. Integritas jaringan : kulit &amp; membrane mukosa</p> <p>27. Perilaku kepatuhan visi</p>	<p>6. Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat pembantu berjalan</p> <p>7. Kunci roda dari kursi roda, tempat tidur atau brankar selama transfer pasien</p> <p>8. Tempat artikel mudah dijangkau dari pasien</p> <p>9. Ajarkan pasien bagaimana jatuh untuk meminimalkan cedera</p> <p>10. Memantau kemampuan untuk mentransfer dari tempat tidur ke kursi dan demikian pula sebaliknya</p> <p>11. Gunakan teknik yang tepat untuk mentransfer pasien ke dan dari kursi roda, tempat tidur, toilet dan sebagainya</p> <p>12. Menyediakan toilet ditinggikan untuk memudahkan transfer</p> <p>13. Menyediakan kursi dari ketinggian yang tepat dengan sandaran dan sandaran tangan untuk memudahkan transfer</p> <p>14. Menyediakan tempat tidur kasur dengan tepi yang erat untuk memudahkan transfer</p> <p>15. Gunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan</p> <p>16. Memberikan pasien tergantung dengan sarana bantuan pemanggilan (misalnya, bel atau cahaya panggilan) ketika pengasuh tidak hadir</p> <p>17. Membantu ke toilet seringkali, interval dijadwalkan</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>4. Angens anti hipertensi</p> <p>5. Deuretik</p> <p>6. Hipnotik</p> <p>7. Narkotik/opiate</p> <p>8. Obat penenang</p> <p>9. Antidepresan trisiklik</p> <p>f. Fisiologis</p> <p>1. Sakit akut</p> <p>2. Anemia</p> <p>3. Arthritis</p> <p>4. Penurunan kekuatan ekstremitas bawah</p> <p>5. Diare</p> <p>6. Kesulitan gaya berjalan</p> <p>7. Vertigo saat mengekstensikan leher</p> <p>8. Masalah kaki</p> <p>9. Kesulitan mendengar</p> <p>10. Gangguan keseimbangan</p> <p>11. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>12. Inkontinensia</p> <p>13. Neoplasma (mis; letih/mobilitas terbatas)</p> <p>14. Neuropati</p> <p>15. Hipotensi ortostatik</p> <p>16. Kondisi postoperative</p> <p>17. Perubahan gula darah postprandial</p> <p>18. Deficit proprioseptif</p> <p>19. Ngantuk</p> <p>20. Berkemih yang mendesak</p> <p>21. Penyakit vaskuler</p> <p>22. Kesulitan melihat</p>		<p>18. Menandai ambang pintu dan tepi langkah, sesuai kebutuhan</p> <p>19. Hapus dataran rendah perabotan (misalnya, tumpuan dan table) yang menimbulkan bahaya tersandung</p> <p>20. Hindari kekacauan pada permukaan lantai</p> <p>21. Memberikan pencahayaan yang memadai untuk meningkatkan visibilitas</p> <p>22. Menyediakan lampu malam di samping tempat tidur</p> <p>23. Menyediakan pegangan tangan terlihat memegang tiang</p> <p>24. Menyediakan lajur anti tergelincir, permukaan lantai nontrip/tidak tersandung Menyediakan permukaann nonslip/anti tergelincir di bak mandi atau pancuran</p> <p>25. Menyediakan kokoh, tinja curam nonslip/anti tergelincir untuk memfasilitasi jangkauan mudah</p> <p>26. Pastikan pasien yang memakai sepatu yang pas, kencangkan aman dan memiliki sol tidak mudah tergelincir</p> <p>27. Anjurkan pasien untuk memakai kacamata, sesuai, ketika keluar dari tempat tidur</p> <p>28. Mendidik anggota keluarga tentang faktor risiko yang berkontribusi terhadap jatuh dan bagaimana mereka dapat menurunkan resiko tersebut</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<p>29. Sarankan adaptasi rumah untuk meningkatkan keselamatan</p> <p>30. Intruksikan keluarga pada pentingnya pegangan tangan untuk kamar mandi tangga dan trotoar</p> <p>31. Sarankan alas kaki yang aman</p> <p>32. Mengembangkan cara untuk pasien untuk berpartisipasi keselamatan dalam kegiatan rekreasi</p> <p>33. Lembagaprogram latihan rutin fisik yang meliputi berjalan</p> <p>34. Tanda-tanda posting untuk mengingat stafbahwa pasien yang beresiko tinggi jatuh</p> <p>35. Bekerjasama dengan anggota tim kesehatan lain untuk meminimalkan efek samping dari obat yang berkontribusi terhadap jatuh (misalnya, hipotensi ortostatik dan kiprah goyah)</p> <p>36. Memberikan pengawasan yang ketat dan/atau perangkat menahan (misalnya; kursi bayi dengan sabuk pengaman ) ketika menempatkan bayi/anak-anak muda pada permukaan yang ditinggikan (misalnya, meja dan kursi tinggi)</p>

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 311

Tabel 2.11. Intervensi Keperawatan Hambatan Komunikasi Verbal

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p><b>Hambatan Komunikasi Verbal</b>  <b>Definisi :</b> penurunan, kelambayan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan system symbol.  <b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada kontak mata</li> <li>2. Tidak dapat bicara</li> <li>3. Kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal (mis; afasia, disfasia, apraksia, disleksia)</li> <li>4. Kesulitan menyusun kalimat</li> <li>5. Kesulitan menyusun kata-kata (mis; afonia, dislalia, disartia)</li> <li>6. Kesulitan memahami pola komunikasi yang biasa</li> <li>7. Kesulitan dalam kehadiran tertentu</li> <li>8. Kesulitan menggunakan ekspresi wajah</li> <li>9. Disorientasi orang</li> <li>10. Disorientasi ruang</li> <li>11. Disorientasi waktu</li> <li>12. Tidak bicara</li> <li>13. Dispnea</li> <li>14. Ketidakmampuan bicara dalam bahasa pemberi asuhan</li> <li>15. Ketidakmampuan menggunakan ekspresi tubuh</li> <li>16. Ketidakmampuan menggunakan ekspresi wajah</li> <li>17. Ketidatepatan verbalisasi</li> <li>18. Defisit visual parsial</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Activity self control</li> <li>b. Coping</li> <li>c. Sensory function : hearing and vision</li> <li>d. Fear self control</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi : penerimaan, intepretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan dan non verbal meningkat  Komunikasi ekspresif (kesulitan bicara) : ekspresi pesan verbal dan atau non verbal yang bermakna</li> <li>2. Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar) : penerimaan komunikasi dan intepretasi pesan verbal dan atau non verbal</li> <li>3. Gerakan terkoordinasi : mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat</li> <li>4. Pengolahan infomasi : klien mampu untuk memperoleh, mengatur dan menggunakan informasi</li> <li>5. Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan bicara</li> <li>6. Mampu memanajemen kemampuan fisik yang dimiliki</li> <li>7. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial</li> </ol>	<p><b>NIC</b>  <b>Communication Enhancement : Speech Deficit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan penerjemah, jika diperlukan</li> <li>2. Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan</li> <li>3. Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi wicara</li> <li>4. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan</li> <li>5. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>6. Berdiri di depan pasien ketika berbicara</li> <li>7. Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata, bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal</li> <li>8. Ajarkan bicara dari esophagus, jika diperlukan</li> <li>9. Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara (misalnya, protesi trakeoesofagus dan laring buatan</li> <li>10. Berikan pujian positive, jika diperlukan</li> <li>11. Anjurkan pada pertemuan kelompok</li> <li>12. Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk member stimulus komunikasi</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
19. Pelo 20. Sulit bicara 21. Gagap 22. Defisit penglihatan total 23. Bicara dengan kesulitan 24. Menolak bicara <b>Faktor yang berhubungan:</b> 1. Ketiadaan orang terdekat 2. Perubahan konsep diri 3. Perubahan system saraf pusat 4. Defek anatomis (mis; celah palatum, perubahan neuromuscular pada system penglihatan, pendengaran, dan apparatus fonatori) 5. Tumor otak 6. Harga diri rendah kronik 7. Perubahan harga diri 8. Perbedaan budaya 9. Penurunan sirkulasi ke otak 10. Perbedaan yang berhubungan dengan usia perkembangan 11. Gangguan emosi 12. Kendala lingkungan 13. Kurang informasi 14. Hambatan fisik (mis; trakeostomi, intubasi) 15. Kondisi psikologi (mis;psikosis, kurang stimulus) 16. Harga diri rendah situasional 17. Stress 18. Efek samping obat (mis; agens farmaseutikal) 19. Pelemahan system musculoskeletal		13. Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat) 22. Menyediakan makanan pada suhu yang paling selera 23. Menyediakan makanan dan minuman yang disukai 24. Memantau berat badan pasien 25. Memonitor status hidrasi pasien 26. Dorong pasien untuk makan diruang makan, jika tersedia 27. Menyediakan interaksi social yang sesuai 28. Menyediakan perangkat adaptif untuk memfasilitasi diri makan pasien (mis. Tali kecil pada peralatan) 29. Menggunakan cangkir dengan pegangan yang besar, jika perlu 30. Gunakan piring yang tidak mudah pecah Memberikan isyarat sering dan pengawasan yang ketat

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 265

**Tabel 2.12. Intervensi Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p><b>Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak</b>  <b>Definisi :</b> Berisiko mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan  <b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Massa tromboplastin parsial abnormal</li> <li>2. Massa protombin abnormal</li> <li>3. Sekmen ventrikel kiri akinetik</li> <li>4. Aterosklerosis aortik</li> <li>5. Diseksi arteri</li> <li>6. Fibrilasi atrium</li> <li>7. Miksoma atrium</li> <li>8. Tumor otak</li> <li>9. Stenosis carotid</li> <li>10. Aneurisme serebri</li> <li>11. Koagulopati (mis; anemia sel sabit)</li> <li>12. Kardiomiopati dilatasi</li> <li>13. Koagulasi intravascular diseminata</li> <li>14. Embolisme</li> <li>15. Trauma kepala</li> <li>16. Hiperkolesterolemia</li> <li>17. Hipertensi</li> <li>18. Endokarditis infeksi</li> <li>19. Katup prostetik mekanis</li> <li>20. Stenosis mitral</li> <li>21. Neoplasma otak</li> <li>22. Baru terjadi infark miokardium</li> <li>23. Sindrom sick sinus</li> <li>24. Penyalahgunaan zat</li> <li>25. Terapi trombolitik</li> <li>26. Efek samping terkait terapi (bypass kardiopulmunal, obat</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Circulation status</li> <li>b. Tissue Prefusion : Cerebral</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan</li> <li>2. Tidak ada ortostatik hipertensi</li> <li>3. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial (tidak lebih dari 15 mmHg)</li> </ol> </li> <li>b. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan</li> <li>2. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi</li> <li>3. Memproses informasi</li> <li>4. Membuat keputusan dengan benar</li> <li>5. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan involunter</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>NIC</b>  <b>Communication Enhancement : Speech Deficit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul</li> <li>2. Monitor adanya paretese</li> <li>3. Intruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi</li> <li>4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi</li> <li>5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung</li> <li>6. Monitor kemampuan BAB</li> <li>7. Kolaborasi pemberian analgetik</li> <li>8. Monitor adanya tromboplebitis</li> <li>9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi</li> </ol>

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015: 3

### **2.3.1 Implementasi Keperawatan Pasien Stroke**

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan intervensi keperawatan. Namun, sebagian kecil ada beberapa yang tidak sesuai dengan intervensi keperawatan. Hal ini dikarenakan situasi dan kondisi dari klien yang tidak memungkinkan.

### **2.3.2 Evaluasi Keperawatan Pasien Stroke**

Evaluasi keperawatan didapatkan dari implementasi keperawatan yang telah dilakukan oleh peneliti selama tujuh hari, serta didokumentasikan dalam bentuk SOAP.