

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi Stroke Non Hemoragik

Stroke iskemik atau non hemoragik merupakan stroke yang disebabkan karena terdapat sumbatan yang disebabkan oleh trombus (bekuan) yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak (Syaridwan, 2019). Sumbatan ini disebabkan karena adanya penebalan dinding pembuluh darah yang disebut dengan Atherosclerosis dan tersumbatnya darah dalam otak oleh emboli yaitu bekuan darah yang berasal dari Trombus di jantung. Stroke non hemoragik mengakibatkan beberapa masalah yang muncul, seperti gangguan menelan, nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, hambatan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, ketidakseimbangan nutrisi, dan salah satunya yang menjadi masalah yang menyebabkan kematian adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral (Khotimah et al., 2021).

2. Etiologi

Kerusakan saraf pada pasien stroke non hemoragik dapat menyebabkan sumbatan total atau sebagian pada satu atau lebih pembuluh darah serebral sehingga aliran darah ke otak terhambat. Pecahnya pembuluh darah terjadi akibat sumbatan atau sumbatan pembuluh darah oleh gumpalan sehingga terjadi kerusakan jaringan otak karena otak kekurangan suplai oksigen dan nutrisi (Daya, 2017). Pada stroke iskemik, suplai darah ke bagian otak berkurang

sehingga menyebabkan disfungsi jaringan otak di area tersebut. Ada empat penyebab mengapa hal ini bisa terjadi, yaitu :

a. Trombosis

Trombosis adalah penyumbatan pembuluh darah oleh gumpalan darah yang terbentuk secara lokal,

b. Emboli

Emboli adalah sumbatan akibat emboli dari tempat lain tumbuh,

c. Hipoperfusi sistemik

Hipoperfusi sistemik adalah penurunan suplai darah secara umum, misalnya syok, vena cerebral thrombosis sinus.

d. Kriptogenik

Sedangkan stroke tanpa penjelasan yang jelas disebut kriptogenik (alasanannya tidak diketahui). Ini menyumbang 30-40% dari semua stroke iskemik (Chugh, 2019).

Stroke non hemoragik memiliki berbagai dampak selain kelumpuhan anggota tubuh atau kecacatan. Jika terjadi penyumbatan pada sistem motorik, pasien akan mengalami keterbatasan atau kesulitan dalam melakukan gerakan. Anggota ekstremitas yang diserang adalah ekstremitas atas dan bawah. Kelemahan pada ekstremitas atas menyebabkan gangguan fungsi motorik pada tangan seperti gangguan kemampuan menggenggam dan mencubit, sehingga perlu dilakukan pemulihan fungsi motorik halus (Santoso, 2018).

3. Tanda dan Gejala

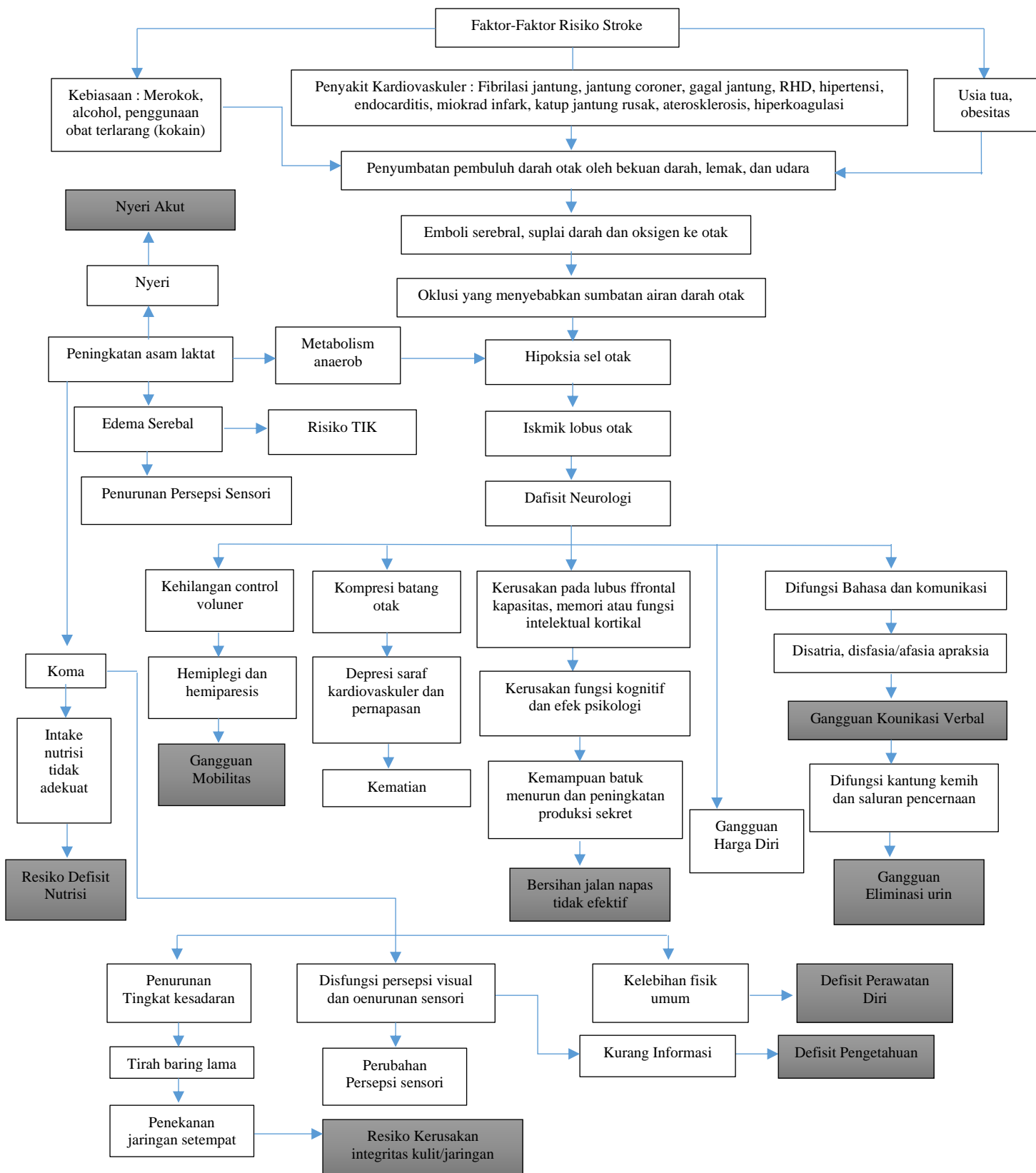
Gejala klinis pada stroke non hemoragik berupa kelumpuhan wajah

atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensory), perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), afasia (tidak lancar atau tidak dapat berbicara), disartria (bicara pelo atau cadel), ataksia (tungkai atau anggota badan tidak tepat pada sasaran), vertigo (mual dan muntah atau nyeri kepala) (Ferry & Rahmawati Dian Nurani, 2022).

4. Patofisiologi (Pathway)

Stroke non hemoragik disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi didalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak. Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membran. Kekurangan energi ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob. Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamat. Glutamat bekerja pada reseptor di sel-sel saraf, menghasilkan influks natrium dan kalsium. Influks natrium membuat jumlah cairan intraseluler meningkat dan pada akhirnya menyebabkan edema pada jaringan. Influks

kalsium merangsang pelepasan enzim proteolisis (protease, lipase, nuklease) yang mencegah protein, lemak, dna struktur sel. kalsium menyebabkan kegagalan mitokondria, suatu organel membran yang mengatur metabolisme sel. Kegagalan Kegagalan tersebut yang membuat sel otak mati atau nekrosis (Haryono & Utami, 2019)



Gambar 2.1 Pathway stroke Non Hemoragik
 Sumber : (Nia kurniawan dalam Laporan Pendahuluan Stroke Non Heoragik, 2021)

5. Klasifikasi

Menurut (Utami, 2019) stroke non hemoragik atau terjadi ketika arteri ke otak mengalami penyempitan atau adanya hambatan, sehingga aliran darah menjadi berkurang (Iskemia). Stroke non hemoragik dapat dibedakan menjadi dua, sebagai berikut:

a. Stroke Trombotik

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

b. Stroke Embolic

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

6. Faktor Resiko

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan (non-modifiable risk factors) dan faktor resiko yang dapat dikendalikan (modifiable risk factors) (Nastiti, 2017). Berikut faktor- faktor yang berkaitan dengan stroke antara lain:

a. Faktor resiko tidak dapat dikendalikan

1) Umur

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.

2) Jenis Kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

3) Faktor Genetik

Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit diubah juga meningkatkan risiko stroke.

b. Faktor resiko dapat dikendalikan

1) Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah di atas 140/90 tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan pertambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar

terhadap risiko stroke. Orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti hipertensi dapat mengurangi risiko stroke sebesar 38 persen dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40 persen.

2) Diabetes Mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, misal dinding pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imaging (Misbach, 2019) Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes, termasuk stroke. Pengendalian diabetes sangat menurunkan terjadinya stroke (Yulianto, 2017).

3) Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan level Low Density Lipoprotein (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Penelitian menunjukkan angka stroke

meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserida menaikkan jumlah terjadinya stroke (Yulianto, 2017).

4) Aktivitas fisik

Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/hari dapat menurunkan risiko stroke (Yulianto, 2017). Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (aterosklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Dourman, 2019).

7. Komplikasi

Menurut Rudi & Utami (2019) menyatakan, bahwa stroke dapat menyebabkan cacat sementara atau permanen, tergantung pada berapa lama otak kekurangan aliran darah dan bagian mana yang berdampak. Komplikasi yang bisa terjadi :

- a. Kelumpuhan atau hilangnya gerakan pada otot. Penderita stroke bisa menjadi lumpuh di satu sisi tubuh atau kehilangan kendali pada otot-otot tertentu, seperti otot-otot di satu sisi wajah atau bagian tubuh yang lainnya, terapi fisik dapat membantu penderita kembali ke aktivitas yang terkena kelumpuhan, seperti berjalan, makan, dan berdandan.
- b. Kesulitan berbicara atau menelan. Stroke dapat mempengaruhi kontrol otot-otot di mulut dan tenggorokan, sehingga sulit bagi penderita stroke untuk berbicara dengan jelas (disatria), menelan (disfagia), atau makan. Penderita stroke juga mungkin mengalami kesulitan dengan Bahasa (afasia), termasuk

berbicara atau memahami ucapan, membaca atau menulis. Terapi dengan ahli bicara dapat membantu.

- c. Kehilangan memori atau kesulitan berpikir. Banyak penderita stroke juga mengalami kehilangan dalam ingatan. Selain itu, penderita stroke juga dapat mengalami kesulitan berpikir, membuat penilaian, dan memahami konsep.
- d. Rasa sakit. Nyeri, mati rasa, atau sensasi aneh yang lainnya dapat terjadi pada bagian tubuh yang terkena stroke. Misalnya, stroke dapat menyebabkan lengan bagian kiri seseorang mati rasa, sehingga penderita tersebut merasakan sensasi kesemutan yang tidak nyaman di bagian lengan tersebut.
- e. Penderita stroke mungkin sensitif terhadap perubahan suhu setelah stroke, terutama cuaca dingin. Seseorang yang mengalami stroke mungkin menjadi lebih menarik diri dan kurang sosial atau lebih impulsif. Mereka mungkin membutuhkan bantuan perawatan dan melakukan pekerjaan sehari-hari.

Sedangkan komplikasi Stroke Menurut (Pudiastuti, 2017) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

- a. Bekuan darah (Trombosis) Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
- b. Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruhi dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi
- c. Pneumonia Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.
- d. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

- e. Depresi dan kecemasan Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

8. Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Setyopranoto, 2021) penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Umum

1) Pada fase akut

- a) Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- b) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya ; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- c) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- d) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- e) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik.
- f) Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastrik tube. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol >220 mmHg, diastole >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.

- g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium
 - h) Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol <90 mmHg, distol <70 mmHg, diberikan NaCL, 0,9 % 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat teratasi. Jika belum teratasi, dapat diberikan dopamine 2 – 2 jug/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.
 - i) Jika kejang, diberikan diazepam 5-20 mg iv pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100 mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.
 - j) Jika didapat tekanan intrakranial meningkat, diberikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/ kg BB per 30 menit dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
 - b) Program manajemen Bladder dan Bowel.
 - c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM).
 - d) Pertahankan integritas kulit.
 - e) Pertahankan komunikasi yang efektif.
 - f) Pemenuhan kebutuhan sehari – hari.
 - g) Persiapan pasien pulang.
- 3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan cerebellum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

b. Penatalaksanaan Medis

1) Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien stroke non hemoragik yaitu:

a) Fibrinolitik / trombolitik (rtPA / Recombinant Tissue Plasminogen Activator)

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase and reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna; serta angioedema. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan bahwa rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3-4 atau 5 jam setelah onset gejala.

b) Antikoagulan

Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya Heparin dan warfarin.

c) Antiplatelet

Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.

d) Antihipertensi

Pasien dapat menerima rtPA namun tekanan darah >185/110 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg IV selama 1-2 menit, dapat diulang 1 kali atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5- 15 menit maksimal 15 mg/jam; setelah

tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai. Pasien sudah mendapat rtPA, namun tekanan darah sistolik $>180-230$ mmHg atau diastol $>105-120$ mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg IV, kemudian infus IV kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Perawat memiliki peran sebagai pelaksana asuhan keperawatan, sebagai edukator, dan sebagai advokat. Tugas perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dilakukan dengan melakukan pengkajian, membuat diagnosa, perencanaan intervensi, dan memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana intervensi yang telah dibuat, hingga mengevaluasi tindakan. Perawat perlu menjalin kerjasama dengan keluarga dan orang-orang terdekat pasien untuk memberikan dukungan terkait tindakan pengobatan yang akan dilakukan sehingga dapat meningkatkan kepatuhan dalam melakukan perawatan (Noor Rochmah, dkk. 2018). Proses keperawatan ini adalah pedoman untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis untuk mengetahui kesehatan klien (Tampubolon, 2018).

a. Identitas Klien

Dalam data umum meliputi nama, jenis kelamin, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor register, tanggal MRS, dan diagnosa medis (Wahid, 2013).

b. Keluhan Utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota

gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran (Gefani, 2017).

c. Data Riwayat Kesehatan

1) Data Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien stroke non hemoragik diawali gangguan neuromuscular. Gangguan neuromuskular merupakan kondisi progresif yang dikarakteristikan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga menimbulkan ketidakmampuan sistem saraf dan otot untuk bekerja sebagaimana mestinya (Rianawati & Rahayu, 2015).

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu dalam menggali permasalahan yang mendukung masalah saat ini pada klien dengan defisit neurologi adalah sangat penting. Pertanyaan sebaiknya diarahkan pada penyakit-penyakit yang dialami sebelumnya yang 18 kemungkinan mempunyai hubungan dengan masalah yang dialami klien sekarang. (Tarwanto&Wartolah, 2018).

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Purwanto, 2016).

d. Pemeriksaan Fisik

Menurut Tarwoto (2017). Hal-hal yang perlu dikaji dalam pemeriksaan fisik antara lain:

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan

biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

(a) GCS (Glasgow Coma Scale)

GCS dirancang sebagai pedoman untuk mengevaluasi tingkat kesadaran dengan cepat klien kritis atau cedera berat.

(b) Penilaian tingkat kesadaran mencakup 3 respon, yaitu :

- (1) Mata (Eye)
- (2) Bicara (Verbal)
- (3) Pergerakan (Motorik)

(c) Nilai Normal Total Maksimum

Untuk sadar penuh dan terjaga adalah 15 = E4-V5-M6

(d) Nilai 3-7 = koma. Jika bertahan buruknya pemulihan fungsi

(e) Motorik :

NB : Rangsangan nyeri yang diberikan harus kuat. Tidak ada trauma spinal. Bila hal ini ada, maka selalu negative. Berikut ketentuan nilai – nilai untuk pengkajian motorik : Nilai 6 = Mampu mengikuti perintah sederhana. Nilai 5 = Mampu menunjukan tepat, tempat rangsangan nyeri. Nilai 4 = Fleksi menjauh dari rangsangan nyeri, tapi tidak mampu menunjukan lokasi/tempat rangsangan nyeri. Nilai 3 = Fleksi abnormal (decorticate), bahu adduksi, fleksi dan pronasi lengan bawah, fleksi pergelangan dan tinju mengepal, bila diberi rangsangan nyeri. Nilai 2 = Extensi abnormal (decerebrate). Bahu adduksi dan rotasi interna, extensi lengan bawah, fleksi, pergelangan tangan dan tinjau mengepal bila diberi rangsangan nyeri. Nilai 1 = Sama sekali tak ada respon.

(f) Verbal :

NB : Respon verbal diperiksa pada saat pasien terjaga (bangun) dan pemeriksaan ini tidak berlaku bila pasien:

- (1) Dysphasia/aphasia
- (2) Mengalami trauma mulut
- (3) Dipasang intubasi trachea (ETT)

Berikut ketentuan nilai – nilai untuk mengukur verbal : Nilai 5 = Pasien orientasi penuh/ baik dan mampu bicara. Orientasi tempat, waktu. Nilai 4 = Pasien confuse/ tidak orientasi penuh. Nilai 3 = Bisa bicara, kata-kata yang diucapkan jelas dan baik, tetapi tidak nyambung dengan apa yang dibicarakan. Nilai 2 = Bisa bersuara tetapi tidak dapat ditangkap jelas apa artinya/”menggerenyam” suara-suara tidak dapat dikenali apa makna katanya. Nilai 1 = Tidak bersuara apapun walau diberikan rangsangan nyeri

(g) Membuka mata :

Berikut nilai – nilai untuk respon pasien dalam membuka mata :
 Nilai 4 = Mata membuka spontan, misalnya sesudah disentuh.
 Nilai 3 = Mata baru membuka kalau diajak bicara, atau dipanggil nama atau diperintahkan membuka mata. Nilai 2 = Mata membuka hanya kalo terangsang kuat. Nilai 1 = Tidak membuka mata walaupun dirangsang kuat.

(h) Berikut terdapat rincian kesadaran serta nilai GCS

- (1) Kompos mentis = sadar penuh (GCS 14-15)
- (2) Apatis = Acuh tak acuh (GCS 12 – 13)
- (3) Delirium = Kacau motorik, berontak, teriak (GCS 10 – 11)
- (4) Somnolen/letargi = Mau tidur saja, mengantuk, tetapi dapat mengikut perintah sederhana ketika dirangsang (GCS 7-9)
- (5) Sopor = Sangat sulit untuk dibangunkan, tidak konsisten, dapat mengikuti perintah sederhana, atau berbicara satu kata, atau frase pendek (GCS 5-6)
- (6) Semikoma = Reaksi terhadap nyeri saja, tidak mengikuti perintah (GCS 4)
- (7) Koma = Kesadaran hilang dan tidak berespon pada semua stimulasi (GCS 3)

2) Tanda – Tanda Vital

(a) Tekanan Darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan sistole > 140 dan diastole > 80 . Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.

(b) Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit.

(c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas. Sedangkan pernapasan normal adalah 16 – 20 x/menit.

(d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik. Sedangkan suhu normal adalah $36,1 - 37,2^{\circ}\text{C}$

3) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

4) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90° , visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2 mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (trochlearis): biasanya pasien

dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abducent): biasanya hasil yang didapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

5) Mulut dan Gigi

Biasanya pada pasien apatis, spoor, sopor koma hingga koma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebabkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossopharyngeus): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara

6) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky I (+).

7) Ekstremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infus bagian dextra atau sinistra. Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromner (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan brudzinski 1 kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinski (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek Chaddock (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek oppenheim (+)) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa apa (reflek Gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketikkan (reflek patella (+)).

Berikut penilaian kekuatan otot ada 0,1.2.3.4.5. Jadi, 0 = Otot tak mampu bergerak, misalnya jika tapak tangan dan jari mempunyai skala 0 berarti tapak tangan dan jari tetap aja ditempat walau sudah diperintahkan untuk bergerak. 1 = Jika otot ditekan masih terasa ada kontraksi ini berarti otot masih belum atrofi atau belum layu. 2 = Dapat menggerakkan otot atau bagian yang lemah sesuai perintah misalnya tapak tangan disuruh telungkup atau lurus, tapi jika ditahan sedikit saja sudah tak mampu bergerak. 3 = Dapat menggerakkan otot dengan tahanan minimal, misalnya dapat menggerakkan tapak tangan dan jari, dapat mengangkat tp begitu diberi tekanan langsung jatuh. 4 = Dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan. 5 = Bebas bergerak dan dapat melawan tahanan yang setimpal.

8) Aktivitas dan Istirahat

- a) Gejala : merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).
- b) Tanda : gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.

e. Sirkulasi

- 1) Gejala : adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.
- 2) Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

f. Integritas Ego

- 1) Gejala : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa
- 2) Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

g. Eliminasi

- 1) Gejala : terjadi perubahan pola berkemih
- 2) Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negative

h. Makanan atau Cairan

- 1) Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah
- 2) Tanda : kesulitan menelan dan obesitas.

i. Neurosensori

- 1) Gejala : sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, penglihatan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.
- 2) Tanda : status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kognitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

j. Kenyamanan atau Nyeri

- 1) Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda- beda
- 2) Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang akurat dan jelas mengenai status kesehatan klien atau masalah atau risiko aktual untuk mengidentifikasi

dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien (Melliany, 2018). Jadi diagnosa menurut Nia Kurniawan dalam Laporan Pendahuluan Stroke Non Hemoragik sebagai berikut :

- a. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan Penurunan sirkulasi serebral (D.0119)
 - b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (D.0054)
 - c. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan Ketidakmampuan menelan makanan (D.0032)
 - d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0077)
 - e. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
 - f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal (D.0109)
 - g. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan Penurunan mobilisasi (D.0139)
 - h. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Spasme jalan napas (D.0001)
 - i. Gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan Kelemahan otot pelvis (D.0040)
3. Perencanaan Keperawatan (intervensi)

Perencanaan keperawatan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam upaya membantu, meringankan, memecahkan masalah atau memenuhi kebutuhan pasien. Pada tahap ini perawat merencanakan tindakan keperawatan agar dalam merawat pasien efektif dan efisien (Tampubolon, 2018). Berikut ini merupakan intervensi keperawatan yang diambil dari buku SDKI, SLKI, dan SIKI (Tim Pokja SDKI 2016, Tim Pokja SKI 2018, Tim Pokja SIKI 2018).

Tabel 2.1

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan																																																
1	Gangguan komunikasi verbal b.d Penurunan sirkulasi serebral	<p>Komunikasi Verbal (L.13118) Setelah dilakukan tindakan keperawatan komunikasi verbal diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p style="text-align: center;">Tabel 2.2 Kriteria Hasil</p> <table border="1" data-bbox="562 703 1323 1066"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesanggupan berbicara</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mendengar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ekspektasi wajah/tubuh</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="562 1150 1323 1321"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Afasia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Disfasia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Cukup Menurun	Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Kesanggupan berbicara	1	2	3	4	5	Kemampuan mendengar	1	2	3	4	5	Kemampuan ekspektasi wajah/tubuh	1	2	3	4	5	Kontak mata	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Afasia	1	2	3	4	5	Disfasia	1	2	3	4	5	<p>Promosi komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>1.2 Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memory dengar, dan bahasa)</p> <p>1.3 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>1.4 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.5 Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</p> <p>1.6 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus,</p>
Kriteria Hasil	Cukup Menurun	Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																														
Kesanggupan berbicara	1	2	3	4	5																																														
Kemampuan mendengar	1	2	3	4	5																																														
Kemampuan ekspektasi wajah/tubuh	1	2	3	4	5																																														
Kontak mata	1	2	3	4	5																																														
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																														
Afasia	1	2	3	4	5																																														
Disfasia	1	2	3	4	5																																														

		<table border="1"> <tr><td>Apraksia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Disleksia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Disatria</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Afonia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Dislalia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Pelo</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Gagap</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kereteria Hasil</th> <th>Memburuk</th> <th>Cukup Memburuk</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Membaik</th> <th>Membaik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Respon Perilaku</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pemahaman komunikasi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Apraksia	1	2	3	4	5	Disleksia	1	2	3	4	5	Disatria	1	2	3	4	5	Afonia	1	2	3	4	5	Dislalia	1	2	3	4	5	Pelo	1	2	3	4	5	Gagap	1	2	3	4	5	Kereteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	Respon Perilaku	1	2	3	4	5	Pemahaman komunikasi	1	2	3	4	5	<p>bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>1.7 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>1.8 Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>1.9 Berikan dukungan psikologis Gunakan juru bicara, jika perl Edukasi</p> <p>1.10Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>1.11Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.12Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
Apraksia	1	2	3	4	5																																																										
Disleksia	1	2	3	4	5																																																										
Disatria	1	2	3	4	5																																																										
Afonia	1	2	3	4	5																																																										
Dislalia	1	2	3	4	5																																																										
Pelo	1	2	3	4	5																																																										
Gagap	1	2	3	4	5																																																										
Kereteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik																																																										
Respon Perilaku	1	2	3	4	5																																																										
Pemahaman komunikasi	1	2	3	4	5																																																										
2	Gangguan mobilitas fisik b.d Penurunan kekuatan otot	<p>Mobilitas Fisik (05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Mobilitas Fisik diharapkan ekspektasi Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penggerak ekstremitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Penggerak ekstremitas	1	2	3	4	5	Kekuatan otot	1	2	3	4	5	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <p>2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p>																																										
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																																										
Penggerak ekstremitas	1	2	3	4	5																																																										
Kekuatan otot	1	2	3	4	5																																																										

		<table border="1"> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kecemasan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kaku sendi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gerakan tidak terkoordinasi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan Fisik</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Nyeri	1	2	3	4	5	Kecemasan	1	2	3	4	5	Kaku sendi	1	2	3	4	5	Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5	Gerakan terbatas	1	2	3	4	5	Kelemahan Fisik	1	2	3	4	5	<p>2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2.5 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>2.6 Fasilitasi melakukan gerakan, jika perlu</p> <p>2.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi :</p> <p>2.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2.9 Anjurkan mobilisasi dini</p> <p>Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5																																														
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																														
Nyeri	1	2	3	4	5																																														
Kecemasan	1	2	3	4	5																																														
Kaku sendi	1	2	3	4	5																																														
Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5																																														
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5																																														
Kelemahan Fisik	1	2	3	4	5																																														
3	<p>Resiko defisit nutrisi b.d</p> <p>Ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Status Nutrisi diharapkan ekspektasi Membaik dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Promosi makan yang dihabiskan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot pengunyah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot menelan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Promosi makan yang dihabiskan	1	2	3	4	5	Kekuatan otot pengunyah	1	2	3	4	5	Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan I</p> <p>3.3 Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>3.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</p> <p>3.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p> <p>3.6 Monitor asupan makanan</p>																								
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																														
Promosi makan yang dihabiskan	1	2	3	4	5																																														
Kekuatan otot pengunyah	1	2	3	4	5																																														
Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5																																														

		Diare	1	2	3	4	5	
		Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	
		Berat badan	1	2	3	4	5	
		Indeks massa tubuh (IMT)	1	2	3	4	5	
		Frekuensi makan	1	2	3	4	5	
		Nafsu makan	1	2	3	4	5	
		Bising usus	1	2	3	4	5	
		Tebal lipatan kulit trisep	1	2	3	4	5	
		Membran mukosa	1	2	3	4	5	
4	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri akut diharapkan ekspektasi menurun dengan kriteria hasil:						Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan Observasi 4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 4.2 Identifikasi skala nyeri 4.3 Identifikasi response nyeri non verbal 4.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
		Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	
		Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5	

Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (terkait)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berkurang	1	2	3	4	5
Anoraksi	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Mutah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik

4.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

4.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri

4.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

4.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

4.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik

4.10 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

4.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

4.12 Fasilitasi istirahat dan tidur

4.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

4.14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

4.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri

4.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

4.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

		<table border="1"> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola napas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Proses berpikir</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Fokus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Fungsi berkemih</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Frekuensi nadi	1	2	3	4	5	Pola napas	1	2	3	4	5	Tekanan darah	1	2	3	4	5	Proses berpikir	1	2	3	4	5	Fokus	1	2	3	4	5	Fungsi berkemih	1	2	3	4	5	Perilaku	1	2	3	4	5	Nafsu makan	1	2	3	4	5	Pola tidur						<p>4.18 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.19 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5																																																				
Pola napas	1	2	3	4	5																																																				
Tekanan darah	1	2	3	4	5																																																				
Proses berpikir	1	2	3	4	5																																																				
Fokus	1	2	3	4	5																																																				
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5																																																				
Perilaku	1	2	3	4	5																																																				
Nafsu makan	1	2	3	4	5																																																				
Pola tidur																																																									
5	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, tingkat pengetahuan ekspektasi diharapkan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi minta dalam belajar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mampu menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keampuan menggambarkan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Perilaku sesuai anjuran	1	2	3	4	5	Verbalisasi minta dalam belajar	1	2	3	4	5	Mampu menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	1	2	3	4	5	Keampuan menggambarkan	1	2	3	4	5	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>5.2 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.5 Berikan kesempatan untuk bertanya</p>																								
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																																				
Perilaku sesuai anjuran	1	2	3	4	5																																																				
Verbalisasi minta dalam belajar	1	2	3	4	5																																																				
Mampu menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	1	2	3	4	5																																																				
Keampuan menggambarkan	1	2	3	4	5																																																				

		<table border="1"> <tr> <td>pengalaman sesuai sesuatu dengan topik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perilaku sesuai dengan pengetahuan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Sedan g</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menuru n</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pernyataan tentang masalah yang dihadapi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Persepsi keliru terhadap masalah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Manajemen pemeriksaan yang tidak tepat</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	pengalaman sesuai sesuatu dengan topik						Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedan g	Cukup Menurun	Menuru n	Pernyataan tentang masalah yang dihadapi	1	2	3	4	5	Persepsi keliru terhadap masalah	1	2	3	4	5	Manajemen pemeriksaan yang tidak tepat	1	2	3	4	5	<p>Edukasi</p> <p>5.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>5.7 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>5.8 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
pengalaman sesuai sesuatu dengan topik																																							
Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5																																		
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedan g	Cukup Menurun	Menuru n																																		
Pernyataan tentang masalah yang dihadapi	1	2	3	4	5																																		
Persepsi keliru terhadap masalah	1	2	3	4	5																																		
Manajemen pemeriksaan yang tidak tepat	1	2	3	4	5																																		
6	Defisit perawatan diri b.d Gangguan muskuloskeletal	<p>Perawatan Diri (L.13121)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, perawatan diri diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Kemampuan mandi	1	2	3	4	5	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>6.2 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>6.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p>																		
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																		
Kemampuan mandi	1	2	3	4	5																																		
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5																																		

		<table border="1"> <tr> <td>Kemampuan makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Kemampuan makan	1	2	3	4	5	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5	Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5	Mempertahankan kebersihan mulut						<p>Trapeutik</p> <p>6.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi).</p> <p>6.5 Silahkan kemampuan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>6.6 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandi</p> <p>6.7 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>6.8 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>6.9 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>6.10 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
Kemampuan makan	1	2	3	4	5																												
Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5																												
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5																												
Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5																												
Mempertahankan kebersihan mulut																																	
7	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan d.d Penurunan Mobilisasi</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, integritas kulit dan jaringan diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elastitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Elastitas	1	2	3	4	5	<p>perawatan integritas kulit (L.11353)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>7.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi,</p>																		
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																												
Elastitas	1	2	3	4	5																												

		<table border="1"> <tr> <td>Suhu Kulit</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>sensasi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekstur</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pertumbuhan Rambut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Suhu Kulit	1	2	3	4	5	sensasi	1	2	3	4	5	Tekstur	1	2	3	4	5	Pertumbuhan Rambut						Anjurkan mandi dan menggunakan sabun yang cukup.																		
Suhu Kulit	1	2	3	4	5																																								
sensasi	1	2	3	4	5																																								
Tekstur	1	2	3	4	5																																								
Pertumbuhan Rambut																																													
8	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Spasme jalan napas	<p>Bersihan Jalan Napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, bersihan jalan napas diharapkan ekspektasi Meningkatkan dengan Kriteria Hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkatkan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Batuk efektif</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkatkan</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Megi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mekonium (pada neonatus)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Batuk efektif	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Produksi sputum	1	2	3	4	5	Megi	1	2	3	4	5	Mekonium (pada neonatus)	1	2	3	4	5	Dispnea	1	2	3	4	5	<p>Manajemen jalan Napas (01011) Tindakan Observasi</p> <p>8.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 8.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 8.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <p>8.4 Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 8.5 Posisikan semi-Fowler atau Fowler 8.6 Berikan minum hangat 8.7 Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 8.8 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8.9 Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal 8.10 Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p>
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Meningkat	Cukup Meningkatkan																																								
Batuk efektif	1	2	3	4	5																																								
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																								
Produksi sputum	1	2	3	4	5																																								
Megi	1	2	3	4	5																																								
Mekonium (pada neonatus)	1	2	3	4	5																																								
Dispnea	1	2	3	4	5																																								

		<table border="1"> <tr> <td>Sulit bicara</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sianosis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Memburuk</th> <th>Cukup Memburuk</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Membaik</th> <th>Membai k</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola napas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Sulit bicara	1	2	3	4	5	Sianosis	1	2	3	4	5	Gelisah	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membai k	Frekuensi napas	1	2	3	4	5	Pola napas	1	2	3	4	5	<p>8.11 Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>8.12 Anjuran asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8.13 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
Sulit bicara	1	2	3	4	5																																		
Sianosis	1	2	3	4	5																																		
Gelisah	1	2	3	4	5																																		
Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membai k																																		
Frekuensi napas	1	2	3	4	5																																		
Pola napas	1	2	3	4	5																																		
9	Gangguan Eliminasi Urin b.d Kelemahan otot pelvis	<p>Eliminasi Urin (L.04034)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi urin Membaik dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sensai berkemih</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desakan berkemih (urgensi)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Distensi kandung kemih</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Sensai berkemih	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Desakan berkemih (urgensi)	1	2	3	4	5	Distensi kandung kemih	1	2	3	4	5	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.13350)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>9.1 Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</p> <p>9.2 Monitor integritas kulit pasien</p> <p>Terapeutik</p> <p>9.3 Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi</p> <p>9.4 Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten</p> <p>9.5 Jaga privasi selama eliminasi</p> <p>9.6 Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu</p>						
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																		
Sensai berkemih	1	2	3	4	5																																		
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																		
Desakan berkemih (urgensi)	1	2	3	4	5																																		
Distensi kandung kemih	1	2	3	4	5																																		

		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Berikan tidak tuntas (hesitancy)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Volume residu urin</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Urin menetes (dribbling)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nokturia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mengompol</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Enuresi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Disuria</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Berikan tidak tuntas (hesitancy)	1	2	3	4	5	Volume residu urin	1	2	3	4	5	Urin menetes (dribbling)	1	2	3	4	5	Nokturia	1	2	3	4	5	Mengompol	1	2	3	4	5	Enuresi	1	2	3	4	5	Disuria	1	2	3	4	5	<p>9.7 Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan</p> <p>9.8 Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu</p> <p>9.9 Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>9.10 Anjurkan BAK/BAB secara rutin</p> <p>Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu</p>
Berikan tidak tuntas (hesitancy)	1	2	3	4	5																																								
Volume residu urin	1	2	3	4	5																																								
Urin menetes (dribbling)	1	2	3	4	5																																								
Nokturia	1	2	3	4	5																																								
Mengompol	1	2	3	4	5																																								
Enuresi	1	2	3	4	5																																								
Disuria	1	2	3	4	5																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Memburuk</th> <th>Cukup Memburuk</th> <th>sedang</th> <th>Cukup Membaik</th> <th>Membaik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi BAK</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Karakteristik urino</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	sedang	Cukup Membaik	Membaik	Frekuensi BAK	1	2	3	4	5	Karakteristik urino	1	2	3	4	5																									
Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	sedang	Cukup Membaik	Membaik																																								
Frekuensi BAK	1	2	3	4	5																																								
Karakteristik urino	1	2	3	4	5																																								

4. Tindakan (Regen Of Motion (ROM))

a. 5 Jurnal terkait :

- 1) Menurut (Pourquoi,2020) Pengaruh range of motion (rom) terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke non hemoragik di rs pusat otak nasional (pon). Menyimpulkan bahwa Terapi ROM dinyatakan efektif dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas penderita stroke.
- 2) Menurut (Destya Ariyanti, dkk, 2018) Efektivitas Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik disimpulkan bahwa Range Of Motion efektif terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Tugurejo Semarang.
- 3) Dan menurut (Alini, 2019) Dengan judul. Pengaruh pemberian latihan Range Of Motion (ROM) terhadap kemampuan motorik pada pasien stroke non hemoragik di rs adam malik medan. Menyimpulkan bahwa Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pemberian latihan Range Of Motion (ROM) terhadap kemampuan motorik pada pasien post stroke.
- 4) Serta menurut (Hermanto dkk, 2019) Dengan judul, Efektivitas Mirror Therapy Integrasi Dengan Rom Pada Ekstremitas Atas Dan Bawah Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Di Rsud Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. Menyimpulkan bahwa, terdapat perbedaan tingkat kekuatan otot sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi secara MST, Hand dan Leg Dynamometer.
- 5) Menurut Nurtanti & Ningrum, (2018) Dengan judul, Efektifitas Range Of Motion (rom) aktif terhadap peningkatan kekuatan otot pada penderita stroke. Menyimpulkan bahwa ROM aktif dilakukan setiap pagi dan sore hari dengan waktu setiap latihan 20 menit selama 1 bulan. Semua responden mengalami kenaikan kekuatan otot dari skala 2 yaitu mampu menggerakkan.

b. Prosedur Melakukan Range Of Motion (ROM)

Menurut (Budi et al, 2019) manajemen program latihan yang bisa dilakukan salah satunya latihan Range Of Motion (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitas. Manfaat ROM sendiri yaitu memperbaiki tonus otot, mencegah kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, dan meningkatkan mobilisasi sendi. Setelah dilakukan tindakan sesuai penelitian yang dilakukan. Berikut standar operasional prosedur (sop) tindakan inovasi range of motion (rom) :

SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)

Range Of Motion (ROM)

Pengkajian	Prosedur teknik non farmakologis yaitu pemberian <i>Range Of Motion</i> (ROM). Latihan ROM dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivasi dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler
Tujuan	Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM) dilakukan dengan tujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk. Jaringan otot yang memendek akan memanjang secara perlahan apabila dilakukan latihan range of motion dan jaringan otot akan mulai beradaptasi untuk mengembalikan panjang otot kembali normal
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handuk Kecil 2. Lotion / baby oil 3. Minyak penghangat bila perlu (mis. Minyak telon)
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam memperkenalkan diri dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat 2. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan. memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien 3. Mengatur posisi pasien sehingga merasa iman dan nyaman
Prosedur pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Prosedur kusu Pergerakan bahu : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergerakan tangan dan siku penderita, lalu angkat sebelah bahu putar keluar dan kedalam 2. Angkat tangan ke gerak ke atas kepala dan dibengkokkan, lalu kembali ke posisi awal 3. Gerakan tangan dengan mendekati lengan ke arah badan, hingga menjangkau tangan yang lain b. Pergerakan siku

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buat sudut 90° pada sikut lalu gerakan lengan ke atas dan ke bawah dengan menggunakan gerakan setengah lingkaran 2. Gerakan lengan dengan menggunakan siku sampai ke dekat dagu <p>c. Gerakan tangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pada gerakan tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan 2. Gerakan tangan sambil menepuk tangan ke bawah 3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas 4. Pergerakan jari tangan 5. Putar jari tangan satu persatu 6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menuju menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain <p>d. Pergerakan kaki :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut lain untuk angkat sampai 30° lalu putar 2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90° 3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh 4. Putar kaki kalian ke dalam dan keluar 5. Lakukan penekanan pada telapak kaki keluar dan kedalam 6. Jari kaki ditekuk ketuk lalu diputar <p>e. Pergerakan leher</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan ke kanan 2. Gerakan leher menekuk ke depan dan kebelakang
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil tindakan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membersihkan dan merapikan alat ke tempat yang semual 4. Mencuci tangan <p>Mencatat kegiatan dalam Lembar keperawatan</p>

5. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan atau perwujudan dari intervensi yang sudah ditetapkan dan tujuan yang sama yaitu memenuhi kebutuhan klien dan meningkatkan status kesehatan (Rangga Sany Pratama, 2022).

6. Evaluasi

Fase terakhir proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien dengan membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan (Debora, 2017).