

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Stroke *Non-Hemoragic*

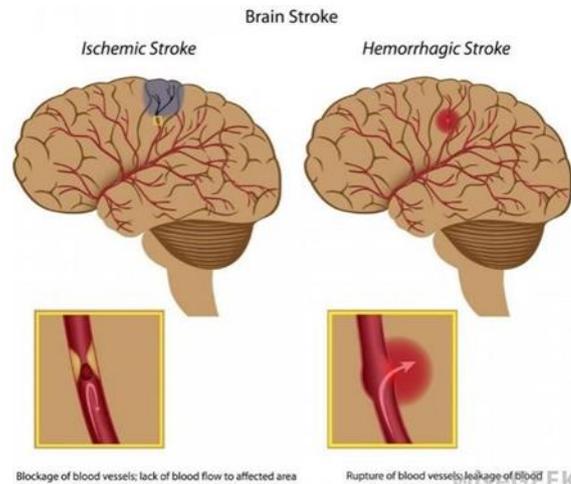
a. Pengertian

Istilah stroke atau penyakit serebrovaskular mengacu kepada setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau berhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum. Istilah yang masih lama dan masih sering digunakan adalah cerebrovaskular accident (CVA) (Price, 2006).

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Yang biasanya diakibatkan oleh trombosis, embolisme, iskemia dan hemoragi (Smeltzer (2007). Menurut Arif Muttaqin, stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak yang bisa terjadi pada siapa saja (Muttaqin, 2008).

Gejala stroke dapat bersifat fisik, psikologis dan perilaku. Gejala fisik yang paling khas adalah paralisis, kelemahan, hilangnya sensasi diwajah, lengan atau tungkai disalah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara, kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan

disatu sisi. Seorang dikatakan terkena stroke jika salah satu atau kombinasi apapun dari gejala diatas berlangsung selama 24 jam atau lebih (Feigin, 2007).



Gambar 2. 1 stroke non-hemoragik & stroke hemoragik

b. Klasifikasi

Menurut Pudiastuti (2011) stroke terbagi menjadi 2 kategori yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik atau stroke iskemik:

- 1) Stroke hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak dan merusaknya. Hampir 70% kasus stroke hemoragik diderita oleh penderita hipertensi. Stroke hemoragik digolongkan menjadi 2 jenis yaitu : (1) hemoragik intraserebral (perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak), (2) hemoragik subaraknoid (perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid atau ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak.
- 2) Stroke non hemoragik atau stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke

otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Stroke iskemik ini dibagi 3 jenis yaitu: (1) stroke trombotik (proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan), (2) stroke embolik (tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah), (3) hipoperfusi sistemik (aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung).

c. Manifestasi Klinis

- 1) Tanda dan gejala dari stroke dapat berupa defisit lapang pandang seperti kehilangan setengah lapang penglihatan, Kehilangan penglihatan perifer, dan diplopia. Defisit motorik (seperti Hemiparesis, Hemiplegia, Ataksia, Disartria dan Disfagia). Defisit sensori (seperti Parestesia). Defisit Verbal (seperti Afasia ekspresif: tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, Afasia reseptif: tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, Afasia global: kombinasi afasia ekspresif dan reseptif). Defisit kognitif (seperti Kehilangan memori jangka pendek dan panjang, Penurunan lapang perhatian, Perubahan penilaian, Kerusakan untuk berkonsentrasi).
- 2) Defisit emosional (seperti Kehilangan kontrol diri, Labilitas emosional, Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, Depresi, Menarik diri, Perasaan isolasi) (Smeltzer. 2002).

d. Penyebab

Menurut Mutaqin (2008), penyebab stroke terdiri dari:

- 1) Trombosis Serebral Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan darah yang menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah trombosis
- 2) Hemoragi Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk dalam perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak membengkak, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.
- 3) Hipoksia Umum Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung-paru, curah jantung yang turun akibat aritmia.
- 4) Hipoksia Setempat Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai

dengan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

e. Faktor Risiko

Ada sejumlah faktor risiko yang dapat memicu terjadinya stroke. Menurut University of Pittsburgh Medical Center (2008) dan American Heart Association (2010), ada dua jenis faktor risiko stroke yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah/ dikontrol dan faktor risiko yang dapat dikontrol.

1) Faktor Risiko Stroke yang Tidak Dapat Diubah:

- a) Usia, Stroke dapat menyerang segala usia, tetapi semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terserang stroke.
- b) Jenis Kelamin, Laki-laki dua kali lebih berisiko daripada perempuan, tetapi jumlah perempuan yang meninggal akibat stroke lebih banyak.
- c) Riwayat Keluarga, Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami stroke berisiko lebih besar daripada keluarga tanpa riwayat stroke.
- d) Ras, Ras Afrika-Amerika mempunyai risiko yang lebih tinggi mengalami kematian dan kecatatan akibat stroke dibandingkan dengan ras kulit putih.

2) Faktor Risiko yang Dapat Dikontrol

- a) Tekanan Darah Tinggi merupakan faktor risiko utama penyebab stroke.

- b) Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Nikotin dari rokok dapat meningkatkan tekanan darah.
- c) Diabetes Melitus, Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan risiko terjadinya stroke iskemik. Penderita diabetes cenderung menderita obesitas. Obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, di mana keduanya merupakan faktor risiko stroke.
- d) Obesitas. Peningkatan berat badan dapat meningkatkan risiko stroke. Obesitas juga dapat menimbulkan faktor risiko lainnya seperti tekanan darah tinggi, tingginya kolesterol jahat, dan diabetes.
- e) Penyakit pada Arteri Carotid dan Arteri Lainnya, Pembuluh darah arteri carotid merupakan pembuluh darah utama yang membawa darah ke otak dan leher. Rusaknya pembuluh darah carotid akibat lemak menimbulkan plak pada dinding arteri sehingga menghalangi aliran darah di arteri.
- f) Kurangnya Aktivitas Fisik, Latihan penting untuk mengontrol faktor risiko stroke, seperti berat badan, tekanan darah, kolesterol, dan diabetes.
- g) Alkohol, Kopi, dan Penggunaan Obat-Obatan, Konsumsi alkohol meningkatkan risiko stroke. Minum alkohol lebih dari

satu gelas pada pria dan lebih dua gelas pada pria dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, minum tiga gelas kopi sehari dapat meningkatkan tekanan darah dan risiko stroke. Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan amphetamine merupakan risiko terbesar terjadinya stroke pada dewasa muda.

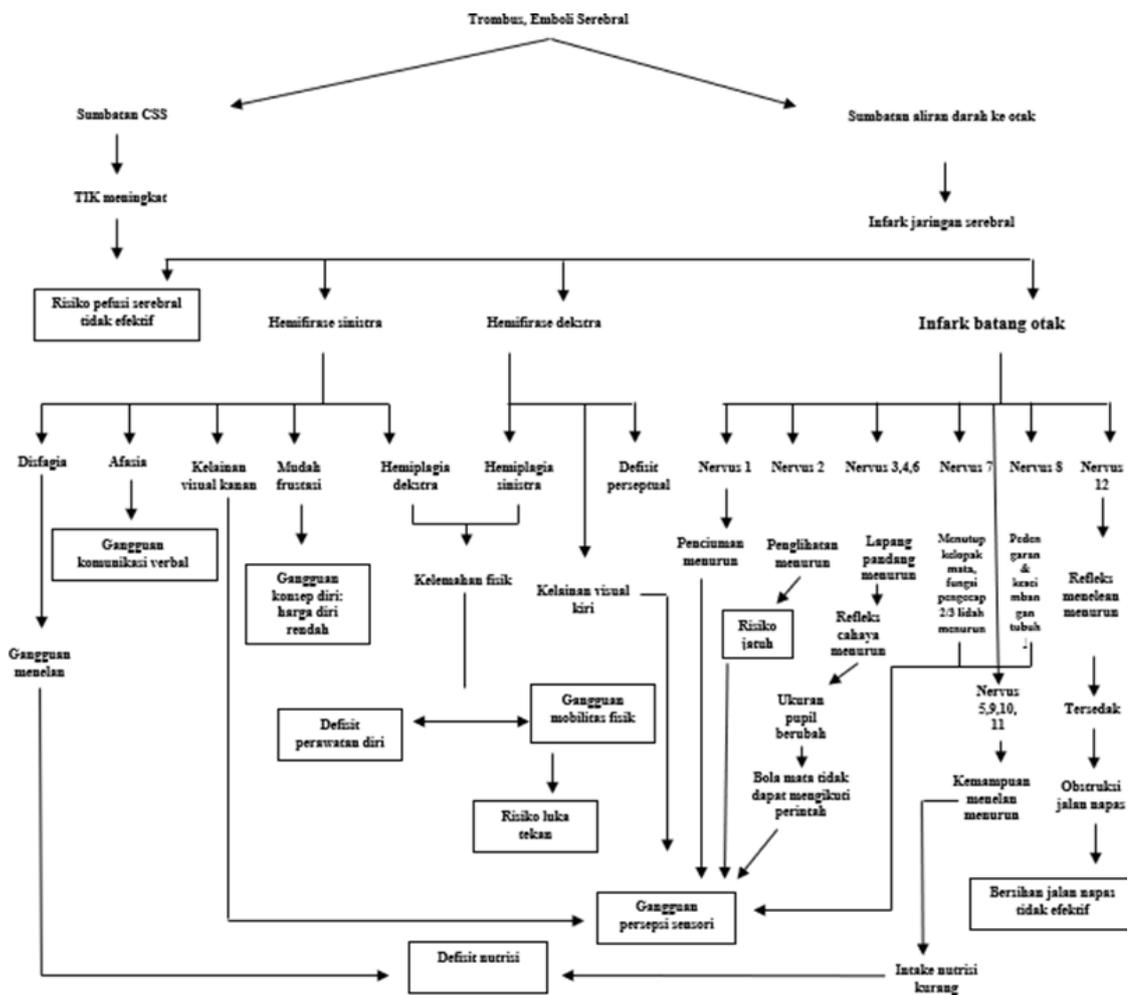
- h) Kurang Nutrisi, Diet tinggi lemak, gula, dan garam meningkatkan risiko stroke. Penelitian menunjukkan bahwa mengkonsumsi 5 porsi buah dan sayur sehari dapat mengurangi risiko stroke sebesar 30%.
- i) Stres, Penelitian menunjukkan hubungan antara stress dengan mempersempit pembuluh darah carotid.
- j) Estrogen, Pemakaian pil KB atau Hormone Replacement Therapy (HRT) yang mengandung estrogen dapat mengubah kemampuan penggumpalan darah yang dapat mengakibatkan stroke.

f. Patofisiologi

Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (Hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Arteriosklerosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus

menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebri. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya henti jantung (Smeltzer & Barre, 2005).

g. *Web of Causation Stroke Non-Hemorrhagic*



Gambar 2. 2 Web of Causation Stroke Non-Hemorrhagic

h. Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

- 1) 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.
- 2) Dekubitus, Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
- 3) Pneumonia, Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.
- 4) Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur), Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.
- 5) 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.

i. Penatalaksanaan

1) Terapi Farmakologi

Outcome/ goal penatalaksanaan terapi stroke akut, antara lain: (1) mengurangi progresivitas kerusakan neurologi dan mengurangi angka kematian, (2) mencegah komplikasi sekunder

yaitu disfungsi neurologi dan imobilitas permanen, (3) mencegah stroke ulangan. Terapi yang diberikan tergantung pada jenis stroke yang dialami (iskemik atau hemoragik) dan berdasarkan pada rentang waktu terapi (terapi pada fase akut dan terapi pencegahan sekunder atau rehabilitasi).

2) Terapi Non Farmakologi

Modifikasi diet, pengendalian berat badan, dan peningkatan aktivitas fisik merupakan perubahan gaya hidup terapeutik yang penting untuk semua pasien yang berisiko aterotrombosis. Pada pasien yang membutuhkan terapi obat untuk hipertensi atau dislipidemia, obat tersebut harus diberikan, bukannya digantikan oleh modifikasi diet dan perubahan gaya hidup lainnya (Goldszmidt et al., 2011).

Diet tinggi buah-buahan sitrus dan sayuran hijau berbunga terbukti memberikan perlindungan terhadap stroke iskemik pada studi Framingham (2010) setiap peningkatan konsumsi per kali per hari mengurangi risiko stroke iskemik sebesar 6%. Diet rendah lemak trans dan jenuh serta tinggi lemak omega-3 juga direkomendasikan. Konsumsi alkohol ringan-sedang (1 kali per minggu hingga 1 kali per hari) dapat mengurangi risiko stroke iskemik pada laki-laki hingga 20% dalam 12 tahun, namun konsumsi alkohol berat (> 5 kali/ hari) meningkatkan risiko stroke.

Inaktivasi fisik meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke setara dengan merokok, dan lebih dari 70% orang dewasa hanya melakukan sedikit latihan fisik atau bahkan tidak sama sekali, semua pasien harus diberitahu untuk melakukan aktivitas aerobik sekitar 30- 45 menit setiap hari (Goldszmidt et al., 2011). Latihan fisik rutin seperti olahraga dapat meningkatkan metabolisme karbohidrat, sensitivitas insulin dan fungsi kardiovaskular (jantung). Latihan juga merupakan komponen yang berguna dalam memaksimalkan program penurunan berat badan, meskipun pengaturan pola makan lebih efektif dalam menurunkan berat badan dan pengendalian metabolisme (Sweetman, 2009).

2. Dekubitus

a. Definisi Dekubitus

Pressure Ulcure (diketahui sebagai luka tekan, luka ranjang atau luka dekubitus) adalah kerusakan jaringan yang terlokasi karena tekanan yang berlebihan yang terjadi pada area tertentu yang tidak mengalami reposisi (Moore & Cowman, 2009).

National pressure Ulcer Advisory panel (NPUAP), (dalam Potter & Perry, 2005) mengatakan luka tekan merupakan nekrosis jaringan lokal yang cenderung terjadi ketika jaringan lunak tertekan di antara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam jangka waktu lama.

b. Etiologi dan Patofisiologi Dekubitus

Menurut Bryant (2008) ada dua hal utama yang berhubungan dengan risiko terjadinya luka tekan yaitu faktor tekanan dan faktor toleransi jaringan. Faktor tekanan dipengaruhi oleh intensitas dan durasi tekanan, sedangkan faktor toleransi jaringan dipengaruhi oleh shear, gesekan, kelembaban, gangguan nutrisi, usia lanjut, tekanan darah rendah (hypotensi), status psikososial, merokok dan peningkatan suhu tubuh.

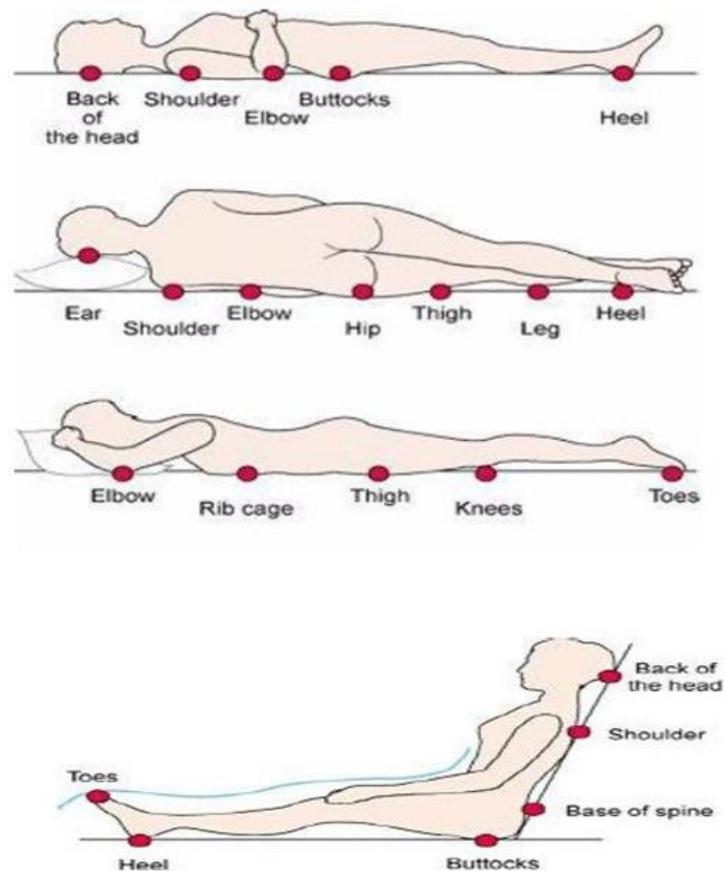
Menurut Potter dan Perry (2015) faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian luka tekan terdiri dari faktor internal yaitu nutrisi, infeksi dan usia dan faktor eksternal yaitu shear, gesekan dan kelembaban. Penjelasan faktor-faktor yang berhubungan dengan risiko terjadinya luka tekan dari Bryant, (2007) dan Potter & Perry (2015) diuraikan sebagai berikut :

- 1) Faktor tekanan
- 2) Faktor intrinsik

c. Lokasi Dekubitus

Lokasi luka tekan sebenarnya bisa terjadi diseluruh permukaan tubuh bila mendapat penekanan keras secara terus menerus. Namun paling sering terbentuk pada daerah kulit diatas tulang yang menonjol. Lokasi tersebut diantaranya adalah: tuberositas ischii (frekuensinya mencapai 30%) dari lokasi tersering, trochanter mayor frekuensinya mencapai 20% dari lokasi tersering, sacrum (frekuensinya mencapai 15%) dari lokasi tersering, tumit (frekuensinya mencapai 10%) dari

lokasi tersering, maleolous, genu, lainnya meliputi cubiti, scapula dan processus spinosus vertebrae (Handayani, 2010).



Gambar 2. 3 lokasi sering terjadinya dekubitus (MOH Nanyang University dalam Handayani, 2010)

d. Grade Dekubitus

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) pada Tahun 2007 membagi stage luka tekan menjadi empat dengan karakteristik sebagai berikut:

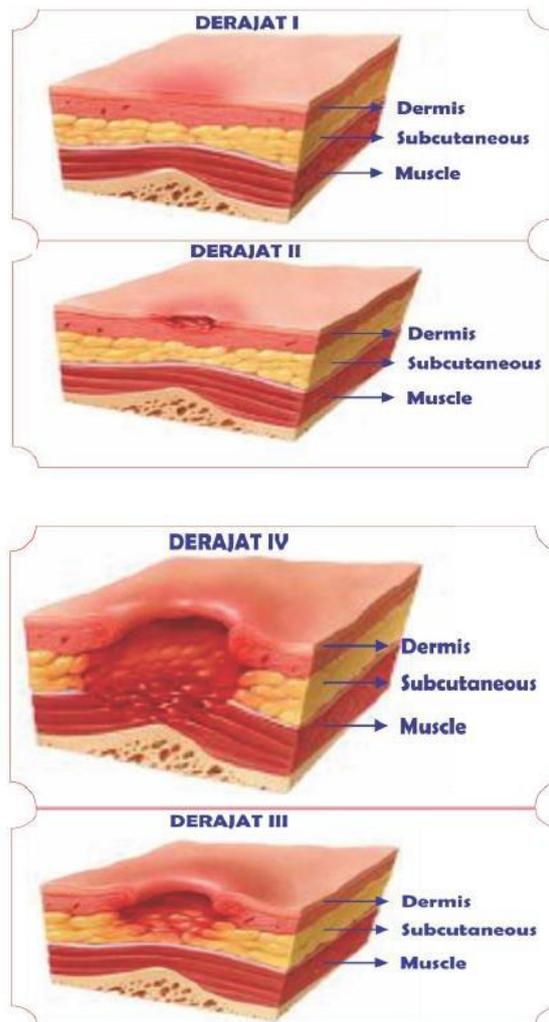
Stage I : Kulit berwarna kemerahan, pucat pada kulit putih, biru, merah atau ungu pada kulit hitam. Temperatur kulit berubah hangat atau dingin, bentuk perubahan menetap dan ada sensasi gatal atau nyeri.

Stage II : Hilangnya sebagian lapisan kulit namun tidak lebih dalam

dari dermis, terjadi abrasi, lepuhan, luka dangkal dan superfisial.

Stage III : Kehilangan lapisan kulit secara lengkap meliputi subkutis, termasuk jaringan lemak dibawahnya atau lebih dalam lagi namun tidak sampai fascia. Luka mungkin membentuk lubang yang dalam.

Stage IV : Kehilangan lapisan kulit secara lengkap hingga tampak tendon, tulang, ruang sendi. Berpotensi untuk terjadi destruksi dan risiko osteomyelitis.



Gambar 2. 4 Dekubitus (MOH Nanyang University dalam Handayani, 2010)

e. Manajemen Dekubitus

1) Pencegahan dekubitus

Banyak tinjauan literatur mengindikasikan bahwa luka tekan dapat dicegah. Meskipun kewaspadaan perawat dalam memberikan perawatan tidak dapat sepenuhnya mencegah terjadinya luka tekan dan perburukannya pada beberapa individu yang sangat berisiko tinggi. Dalam kasus seperti ini, tindakan intensif yang dilakukan harus ditujukan untuk mengurangi faktor risiko, melaksanakan langkah-langkah pencegahan dan mengatasi luka tekan (Handayani, 2010).

2) Pengkajian risiko

Beberapa tool pengkajian telah dikembangkan seperti Braden's Scale, Norton's, Waterlow's, clinical judgment, dan lain-lain. Namun menurut AHCPR (2008) hanya Braden's Scale dan Norton's (asli maupun telah dimodifikasi) yang telah dan sedang diuji secara ekstensif. Braden's Scale telah diuji penggunaannya pada setting perawatan medikal bedah, perawatan intensif dan nursing home. Sedangkan Norton's telah diuji pemakaiannya pada unit perawatan usia lanjut di rumah sakit (Handayani, 2010).

Penggunaan Braden's Scale untuk pengkajian risiko luka tekan telah diteliti reliabilitas dan validitasnya oleh beberapa peneliti. Inter-rater reliability tool ini dilaporkan berkisar antara 88% - 99%, dengan spesifitas 64% - 90% dan sensitifitas 83 - 100%. Scoonhoven et al., (dalam Handayani, 2010), melalui

penelitian dengan desain cohort prospective menyatakan Braden's Scale instrumen terbaik untuk prediksi luka tekan di unit bedah, interne, neurologi dan geriatri jika dibandingkan Norton's Scale dan Waterlow dengan nilai prediksi 7,8%. Review oleh Brown (dalam Handayani, 2010), menyatakan Braden's Scale memiliki overprediction tinggi dan underprediction rendah.

Penelitian instrumen Braden's Scale di Indonesia khususnya di Bangsal Penyakit Dalam RS Yohanes Kupang oleh Era (2009, dalam Handayani, 2010), dengan desain cohort prospektif menunjukkan sensitifitas 88,2% dan spesifitas 72% (Yasa, 2010). Uji coba penggunaan Braden Scale di Ruang Neurologi RS. Dr. Cipto Mangokusumo oleh Yasa (2010) menunjukkan hasil yang sangat efektif untuk mengkaji dan menganalisis prediksi luka tekan dan hasilnya dikombinasikan dengan intervensi keperawatan untuk pencegahan sangat efektif dalam mencegah dan mengatasi luka tekan.

Penggunaan tool tersebut sebaiknya dilakukan setiap 48 jam di unit perawatan akut, setiap 24 jam di unit perawatan kritis, setiap minggu saat 4 minggu pertama di unit perawatan jangka panjang (long term care) kemudian setiap bulan hingga setiap 3 bulan. dan setiap kali kunjungan rumah pada unit home care (Handayani, 2010).

3) Perawatan

a) Massage

Massage yang kuat pada area tonjolan tulang atau kulit yang kemerahan dihindarkan. Penggunaan massage untuk mencegah luka tekan masih kontroversial, mengingat tidak semua jenis massage bisa digunakan. Namun massage di area tulang menonjol atau bagian kulit yang telah menunjukkan kemerahan atau discolorisation patut dihindari karena hasil biopsi post mortem pada jaringan yang di lakukan massage menunjukkan adanya degenerasi jaringan, dan maserasi.

Teknik Massage yang diperbolehkan hanya Efflurage namun tidak untuk jaringan di atas tulang yang menonjol maupun yang telah menunjukkan kemerahan ataupun pucat. Lama waktu massage yang digunakan masih bervariasi antara 15 menit dan 4–5 menit. Massage umumnya dilakukan 2 kali sehari setelah mandi.

b) Manajemen kulit kering

Penanganan kulit kering pada sakrum secara khusus dengan menggunakan pelembab sederhana. Penting untuk memberikan pelembab secara teratur untuk mendapatkan keuntungan yang maksimal. Mengurangi lingkungan yang menyebabkan kulit kering dan berkurangnya kelembaban kulit seperti suhu dingin, dan hidrasi tidak adekuat. Kulit kering meningkatkan risiko terbentuknya fissura dan rekahan

stratumcorneum.

Penggunaan pelembab topikal bermanfaat untuk mempertahankan kelembaban kulit dan keutuhan stratum corneum namun belum ada ketetapan jenis kelembaban yang memberikan manfaat terbaik dan memberi evidence secara langsung pengaruhnya terhadap pencegahan luka tekan, mempertahankan kelembaban stratum corneum dan mencegah kulit kering. Penelitian membuktikan penggunaan mephentol (suatu agent topikal terbuat dari campuran asam lemak hyperoksigenasi dan herbal (Equisetum arvense andHypericum perforatum) efektif mencegah timbulnya lukatekan derajat I pada pasien dengan risiko menengah hingga risiko tinggi mengalami luka tekan.

c) Manajemen kulit lembap yang berlebihan

4) Dukungan permukaan

Dukungan permukaan termasuk pelapisan (ditempatkan di atas tempat tidur standar) atau kasur khusus. Ada 2 jenis dukungan permukaan: statis tanpa bergerak dan dinamis dengan bagian yang bergerak yang dijalankan oleh energi. Matras udara dan air efektif tetapi mungkin bocor, jadi mereka perlu terusmenerus dirawat. Kadang-kadang digunakan glove yang diisi air atau bantalan donat. Namun bantalan donat kini mulai ditinggalkan karena terbukti menimbulkan efek tekanan baru pada area pinggir donat. Termasuk upaya memperbaiki dukungan

permukaan adalah menjaga alat tenun tetap licin dan kencang, kasur yang rata dan tebal serta pemberian bantal pada area-area berisiko tekanan seperti tumit, siku, bahu dan sakrum.

5) Nutrisi

Nutrisi adalah faktor pendukung yang penting untuk mempertahankan kulit yang sehat dan elastis. Pemberian secara oral, parenteral maupun melalui sonde feeding sama efektifnya asalkan jumlah yang diberikan cukup sesuai kebutuhan. Suplemen nutrisi dapat diberikan jika diperlukan. Beberapa penelitian menunjukkan nutrisi yang penting untuk pencegahan dan proses penyembuhan luka tekan adalah protein, vitamin C, kalori, zat besi dan zink (Potter & Perry, 2015).

6) Posisi dan reposisi

Karena penyebab utama luka tekan adalah tekanan yang terus menerus di suatu tempat maka menghindari penekanan terus menerus di satu tempat dengan cara reposisi menjadi penting. Hasil penelitian Reddy et al., (2016) menyatakan perubahan posisi setiap 4 jam di atas matras busa khusus mampu menurunkan insiden luka tekan dibandingkan dengan reposisi setiap 4 jam di atas kasur standar. Beberapa penelitian juga menganjurkan penggunaan posisi miring 30° dengan cara mengganjal bantal dibagian bokong dan salah satu kaki.

7) Edukasi

Pendidikan kesehatan kepada keluarga dilakukan secara terprogram dan komprehensif sehingga keluarga diharapkan berperan serta secara aktif dalam perawatan pasien. Pasien dan keluarga adalah bagian integral dalam perawatan pasien khususnya upaya pencegahan luka tekan. Topik pendidikan kesehatan yang dianjurkan adalah sebagai berikut etiologi dan faktor risiko luka tekan, aplikasi penggunaan tool pengkajian risiko, pengkajian kulit, memilih dan atau gunakan dukungan permukaan, perawatan kulit individual, demonstrasi posisi yang tepat untuk mengurangi risiko luka tekan dan dokumentasi data yang berhubungan (Handayani, 2010).

3. Pijat Punggung atau Massage (Effluerage)

Kata masase berasal dari bahasa Arab “mash” yang berarti menekan dengan lembut, atau dari Yunani “massien” yang berarti memijat atau melulut. Masase merupakan salah satu manipulas sederhana yang pertama-tama ditemukan oleh manusia untuk mengelus-elus rasa sakit. Hampir setiap hari manusia melakukan pemijatan sendiri. Semenjak 3000 tahun sebelum masehi, masasse sudah digunakan sebagai terapi. Di kawasan Timur Tengah masase merupakan salah satu pengobatan tertua yang dilakukan oleh manusia (Soeroso, 2013).

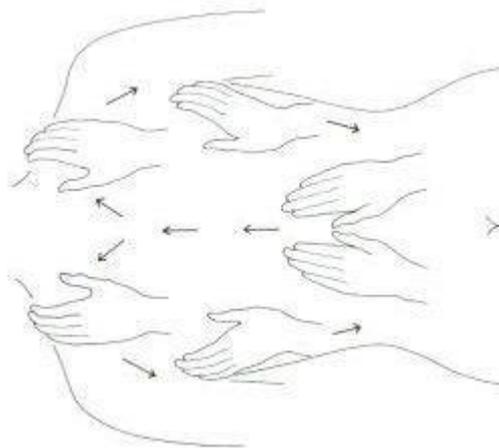
Menurut Toru Namikoshi (2016) massase adalah suatu metode preventif dalam perawatan kesehatan untuk meningkatkan gairah hidup,

menghilangkan rasa letih, dan merangsang daya penyembuhan tubuh secara alamiah dengan jalan memijat titik-titik tertentu pada tubuh.

Effleurage (menggosok), yaitu gerakan ringan berirama yang dilakukan pada seluruh permukaan tubuh. Tujuannya adalah memperlancar peredaran darah dan cairan getah bening (limfe) (Soeroso, 2013).



Gambar 2. 5 teknik pijat *effluarage* (Soeroso, 2013)



Gambar 2. 6 Teknik pijat effluarage (Soeroso, 2013)

4. Olive Oil

Minyak zaitun adalah minyak yang dihasilkan dari perasan buah zaitun (*Olea europae L*) yang awal mula dikembang biakkan di Cekungan Laut Tengah dan sudah digunakan pada zaman nabi untuk memasak, kosmetik dan pengobatan. Awal mula sejarah adanya minyak zaitun

berawal dari Homer, seorang penyair legendaris Yunani Kuno yang membuat dan menyebut minyak zaitun ini sebagai “emas cair” dalam adikaryanya Odyssey. Penggunaan minyak zaitun untuk kesehatan jiwa maupun kesehatan badan telah dimulai sejak 6000 tahun yang lalu. Hipocrates , “Bapak Ilmu Pengobatan” mengatakan bahwa minyak zaitun memiliki nilai terapi yang tinggi bagi kesehatan (Magdalena, 2014). Lebih dari 60 resep terapi penyembuhan pasien menggunakan khasiat minyak zaitun telah dilakukan oleh Hipocrates sejak 400 SM (Orey, 2008).

Menurut Orey (2008) terdapat enam unsur super penyangga kesehatan dalam minyak zaitun, pertama disebutkan bahwa minyak zaitun mengandung asam lemak esensial yaitu 55-85% Asam Oleat, asam lemak tak jenuh tunggal. Sembilan persen padanya adalah asam linoleat yakni sebuah asam lemak tak jenuh ganda. Sedangkan 0-1,5% lainnya diisi oleh asam linoleat yang juga tak jenuh ganda. Jenis jenis asam lemak ini, tidak seperti lemak yang jenuh dan lemak sintetis, sehat bagi jantung dan banyak lagi manfaat lainnya. Lemak tak jenuh ganda penting dalam respon imun, dan asam lemak esensial di dalam membran sel turut menjaga stabilitas karena perannya dalam mengatur metabolisme. Asam lemak pada permukaan kulit juga berperan terhadap kemampuan kulit yang anti air dan menjadi bakterisida (Boyle, 2009). Kemudian ada asam lemak omega-3 dan omega-6 yang penting dalam mencegah penyakit jantung dan terkandung dalam jumlah besar dalam minyak ikan seperti salmon, juga minyak biji rami. Selanjutnya dalam minyak zaitun terdapat

antioksidan sebagaimana asam lemak esensial polifenol dalam minyak zaitun baik bagi tubuh dari ujung rambut hingga ujung kaki. Begitu juga zat besi kemudian yang berhubungan juga dengan penyembuhan luka bakar terdapat vitamin A,C,E dan K. Selain itu menurut Orey (2008) minyak zaitun memiliki kandungan vitamin A, vitamin C, vitamin E yang mampu menangkal radikal bebas. Sedangkan berdasarkan hasil uji analisis minyak zaitun extra virgin di lab terpadu universitas muhammadiyah malang (2013), pada penelitian sebelumnya didapatkan hasil kandungan vitamin A 38,789 SI/100 gram, kandungan Vitamin E 775,603 ppm, kandungan polifenol 400,274 ppm, kandungan oleochantal 176,977 ppm.

Vitamin A memiliki peran dalam pembentukan sel darah merah vitamin ini juga memiliki peran sebagai suatu antioksidan yang melawan reaksi radikal bebas dan memiliki peran kunci dalam imunitas khususnya fungsi limfosit-T dan respon antibodi terhadap infeksi. Setelahnya ada vitamin E yang penting untuk menjaga kesehatan kulit dan pembuluh darah, sehingga vitamin ini dapat mempengaruhi perbaikan jaringan (Widjjaningsih dan Wirjatmadi, 2013), adapun juga vitamin C yang menurut Boyle (2009) sangat penting untuk kesehatan sistem imun dan untuk penyembuhan luka yang efisien, dan juga merupakan antioksidan penting

Menurut Orey, (2008) Kualitas dari minyak zaitun dapat diklasifikasikan menjadi 5 golongan yaitu:

- a. Extra virgin: Jenis minyak zaitun yang dihasilkan dari zaitun berkualitas wahid. Hanya boleh memiliki keasaman alami kurang dari 1%. Rasa buahnya masih sangat kuat. Dan dipenelitian ini menggunakan minyak zaitun extra virgin karena kualitas dan kemurniannya yang terjamin
- b. Virgin: Jenis minyak zaitun yang diproses secara mekanik (dengan perasan) tanpa panas, yang mengubah tingkat keasaman menjadi antara 1-5%.
- c. Pure: Campuran dari minyak zaitun sulingan (diolah dengan uap dan bahan kimia) dengan yang virgin. Tingkat keasaman berkisar 3-4% dan memiliki harga yang lebih murah.
- d. Extracted and refined: Dibuat dari sisa perasan pertama dengan menggunakan pelarut kimia, ditambahkan minyak virgin sebagai penguat rasa.
- e. Pomace: Dibuat dengan ekstraksi kimia dari residu yang tersisa setelah perasan dan pemrosesan kedua. Mengandung keasaman 5-10% dan ditambahkan minyak virgin sebagai penguat rasa.

B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari klien, membuat data dasar klien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat. Tujuan 19 dari

dokumentasi adalah untuk mendapatkan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan. Pengkajian didapat dari dua data yaitu data objektif dan data subjektif. Perawat perlu memahami cara memperoleh data. Data dari hasil pengkajian perlu didokumentasikan dengan baik (Yustiana & Ghofur, 2016).

a. Anamnesis

Identitas klien meliputi nama, usia (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosa medis. Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta bantuan, kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

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

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama. Penggunaan obat-obatan antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obatan yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, 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 lanjut dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

d. Pengkajian Psikososial Spritual

Pengkajian psikologi pasien stroke meliputi beberapa dimensi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga, penting untuk menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien, yaitu timbul ketakutan akan kecacatan, rasa cemas dan rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh). Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri yang didapatkan, klien merasa tidak berdaya, tidak

ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif. Pada penanggulangan stres, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah, karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi, pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Tingkat Kesadaran

Gonce (2002) tingkat kesadaran merupakan parameter utama yang sangat penting pada penderita stroke. Perlu dikaji secara teliti dan secara komprehensif untuk mengetahui tingkat kesadaran dari klien dengan stroke. Macam-macam tingkat kesadaran terbagi atas:

a) Metode Tingkat Responsivitas

(1) Composmentis

Kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.

(2) Apatis

yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.

(3) Delirium

yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan

gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi srta meronta-ronta.

(4) Samnolen

yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali.

(5) Sopor

yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

(6) Semi-coma

yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapatdibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.

(7) Coma

yaitu penurunan kesadaran yang salangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri.

2) Gerakan, Kekuatan dan Koordinasi

Tanda dari terjadinya gangguan neurologis yaitu terjadinya kelemahan otot yang menjadi tanda penting dalam stroke. Pemeriksaan kekuatan otot dapat dilakukan oleh perawat dengan menilai ekstremitas dengan memberikan tahanan bagi otot dan juga perawat bisa menggunakan gaya gravitasi.

Tabel 2. 1 Skala peringkat untuk kekuatan otot

0	Tidak tampak ada kontraksi otot
1	Adanya tanda-tanda dari kontraksi
2	Dapat bergerak tapi tak mampu menahan gaya Gravitasi
3	Bergerak melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan otot pemeriksa
4	Bergerak dengan lemah terhadap tahanan dari otot pemeriksa
5	Kekuatan dan regangan yang normal

a) Refleks

Respon motorik terjadi akibat adanya reflek yang terjadi melalui stimulasi sensori. Kontrol serebri dan kesadaran tidak dibutuhkan untuk terjadinya reflek. Respon abnormal (babinski) adalah ibu jari dorso fleksi atau gerakan ke atas ibu jari dengan atau tanpa melibatkan jari-jari kaki yang lain.

b) Perubahan Pupil

Pupil harus dapat dinilai ukuran dan bentuknya (sebaiknya dibuat dalam millimeter). Suruh pasien berfokus pada titik yang jauh dalam ruangan. Pemeriksa harus meletakkan ujung jari dari salah satu tangannya sejajar

dengan hidung pasien. Arahkan cahaya yang terang ke dalam salah satu mata dan perhatikan adanya konstriksi pupil yang cepat (respon langsung). Perhatikan bahwa pupil yang lain juga harus ikut konstriksi (respon konsensual). An-isokor (pupil yang tidak sama) dapat normal pada populasi yang presentasinya kecil atau mungkin menjadi indikasi adanya disfungsi neural.

c) Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda klasik dari peningkatan tekanan intra cranial meliputi kenaikan tekanan sistolik dalam hubungan dengan tekanan nadi yang membesar, nadi lemah atau lambat dan pernapasan tidak teratur.

d) Saraf Kranial

(1) Olfaktorius

Saraf cranial I berisi serabut sensorik untuk indra penghiduan. Mata pasien terpejam dan letakkan bahan-bahan aromaterapi dekat hidung untuk diidentifikasi.

(2) Optikus

Aktivitas visual kasar dinilai dengan menyuruh pasien membaca tulisan cetak. Kebutuhan akan kacamata sebelumpasien sakit harus diperhatikan.

(3) Okulomotoris

Menggerakkan sebagian besar otot mata

(4) Troklear

Menggerakkan beberapa otot mata

(5) Trigeminal

Saraf trigeminal mempunyai 3 bagian: optalmikus, maksilaris, dan mandibularis. Bagian sensori dari saraf ini mengontrol sensori pada wajah dan kornea. Bagian motorik mengontrol otot mengunyah. Saraf ini secara parsial dinilai dengan menilai refleks kornea; jika itu baik pasien akan berkedip ketika kornea diusap kapas secara halus. Kemampuan untuk mengunyah dan mengatup rahang harus diamati.

(6) Abdusen

Saraf cranial ini dinilai secara bersamaan karena ketiganya mempersarafi otot ekstraokular. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien untuk mengikuti gerakan jari pemeriksa ke segala arah.

(7) Fasial

Bagian sensori saraf ini berkenaan dengan pengecapan pada dua pertiga anterior lidah. Bagian motorik dari saraf ini mengontrol otot ekspresi wajah.

(8) Akustikus

Saraf ini dibagi menjadi cabang-cabang koklearis dan vestibular, yang secara berurutan mengontrol pendengaran dan keseimbangan. Saraf koklearis diperiksa dengan konduksi tulang dan udara. Saraf vestibular

mungkin tidak diperiksa secara rutin namun perawat harus waspada, terhadap keluhan pusing atau vertigo dari pasien.

(9) Glosofaringeal

Sensori, Menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam

(10) Vagus

Saraf cranial ini biasanya dinilai bersama-sama. Saraf Glosofaringeus mempersarafi serabut sensori pada sepertiga lidah bagian posterior juga uvula dan langit-langit lunak. Saraf vagus mempersarafi laring, faring dan langit-langit lunak serta memperlihatkan respon otonom pada jantung, lambung, paru-paru dan usus halus. Ketidakmampuan untuk batuk yang kuat, kesulitan menelan dan suara serak dapat merupakan pertanda adanya kerusakan saraf ini.

(11) Asesoris Spinal

Saraf ini mengontrol otot-otot sternokleidomastoid dan otot trapesius. Pemeriksa menilai saraf ini dengan menyuruh pasien mengangkat bahu atau memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain terhadap tahanan, bisa juga di bagian kaki dan tangan.

(12) Hipoglosus

Saraf ini mengontrol gerakan lidah. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien menjulurkan lidah. Nilai adanya deviasi garis tengah, tremor dan atrofi. Jika ada deviasi sekunder terhadap kerusakan saraf, maka akan mengarah pada sisi yang terjadi lesi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Pola napas tidak efektif
- c. Risiko perfusi serebral tidak efektif
- d. Gangguan mobilitas fisik
- e. Gangguan komunikasi verbal
- f. Gangguan persepsi sensori (penglihatan, pendengaran, penghiduan, hipoksia serebral)
- g. Defisit nutrisi
- h. Defisit perawatan diri
- i. Risiko luka tekan
- j. Risiko jatuh

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2019).

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Secara Teoritis

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)	<p>Bersihan jalan nafas (L.01001)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24 jam bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi napas ditingkatkan ke skala 5 - Pola nafas ditingkatkan ke skala 5 <p>Keterangan: 1: menurun 2: cukup menurun 3 : sedang 4:cukupcukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>Manajemen jalan nafas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 1.2 Monitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering & basah) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tift dan chin-lift atau jaw-thrust jika curiga trauma servikal 1.5 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.6 Berikan minuman hangat 1.7 Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 1.8 Lakukan penghisapan lendir < 15 detik 1.9 Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 1.10 Keluarkan sumbatan benda padat dengan proses McGill 1.11 Berikan oksigen, jika perlu

			<p>Edukasi</p> <p>1.12 Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>1.13 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.14 Kolaborasi pemberian bronkodilator, espektoran, mukolitik, jika perlu</p>
2.	Pola napas tidak efektif (D.0005)	<p>Pola napas (L.01004)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama ...x 24jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas 2. Kedalaman napas 3. Ekskultasi dada <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik 	<p>Manajemen jalan nafas (I01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usahan napas) 2.2 Monitor bunyinas tambahan(mis: wheezing) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Posisikan semi fowler atau fowler 2.4 Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin- lift 2.5 Berikan minum hangat 2.6 Lakukan fisioterapi dada 2.7 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15detik 2.8 Berikan oksigen Edukasi 2.9 Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.10 Kolaborasi Dukungan Ventilasi (I.01002) Observasi 2.11 Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 2.12 Identifikasi efek perubahan posisi

			<p>terhadap status pernapasan</p> <p>2.13 Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi, dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.14 Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>2.15 Berikan posisi semi fowler atau fowler</p> <p>2.16 Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin</p> <p>2.17 Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.18 Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>2.19 Ajarkan mengubah posisi secara mandiri</p> <p>2.20 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.21 Kolaborasi</p>
--	--	--	---

3.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	<p>Perfusi serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>- Tingkat kesadaran ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan: 1: menurun 2: cukup menurun 3 : sedang 4:cukupcukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>Pemantauan Tanda Vital (I.02060) Observasi</p> <p>3.1 Monitor tekanan darah 3.2 Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3.3 Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 3.4 Monitor suhu tubuh 3.5 Monitor oksimetri 3.6 Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.7 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 3.8 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>3.9 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 3.10 Inf rmasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
4	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>- Kekuatan otot ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan: 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup cukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 4.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 4.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.5 Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur, guling/bantal) 4.6 Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 4.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p>

			<p>4.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>4.9 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>4.10 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
5.	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	<p>Komunikasi verbal (L.13118)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>1.Kemampuan berbicara 2.Kemampuan mendengar</p> <p>Keterangan :</p> <p>1.menurun 2.cukup menurun 3.sedang 4.cukup meningkat 5.meningkat</p> <p>3.Pelo Keterangan 1.meningkat 2.cukup meningkat 3.sedang 4.cukup menurun 5.menurun</p> <p>Pemahaman komunikasi Keterangan</p> <p>1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik</p>	<p>Promosi komunikasi : defisit bicara (I.13492)</p> <p>Komunikasi defisit bicara Observasi</p> <p>5.1 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>5.2 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.3 Gunakan metode komunikasi alternatif(mis: menulis, mata berkedip, isyarat tangan)</p> <p>5.4 Berikan dukungan psikologis</p> <p>5.5 Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>5.6 Gunakan juru bicara</p> <p>Edukasi</p> <p>5.7 Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>5.8 Ajarkan pasien da kemampuan berbicara</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.9 Rujuk keahlian patologi bicara atau terapis</p>

6.	Gangguan persepsi sensori (penglihatan, pendengaran, penghiduan dan hipoksia serebral) (D.0085)	<p>Persepsi Sensori (L.09083)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan Asuhan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respons sesuai stimulus membaik 2. Konsentrasi membaik 3. Orientasi membaik <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik 	<p>Minimalisasi Rangsangan (I.08241)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Periksa status mental, status sensori, dan tingkatkenyamanan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.2 Diskusikan tingkat toleransi terhadap bebansensori (bisinf, terlalu terang) 6.3 Batasi stimulus lingkungan (cahaya, aktivitas,suara) 6.4 Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.5 Ajarkan cara meminimalisasi stimulus <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.6 Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 6.7 Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi sensori
7.	Defisit Nutrisi (D.0019)	<p>Status Nutrisi (L. 03030)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Identifikasi status nutrisi 7.2 Identifikasi alergi dan toleransi makanan 7.3 Identifikasi makanan yang disukai 7.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 7.5 Monitor asupan makanan 7.6 Monitor berat badan <p>Terapeutik</p>

		<p>3. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. meningkat <p>4. Berat badan membaik</p> <p>5. Frekuensi makan membaik</p> <p>6. Nafsu makan membaik</p> <p>7. Membran mukosa membaik</p> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik 	<p>7.7 Lakukan oral hygiene</p> <p>7.8 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>7.9 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>7.10 Berikan suplemen makanan</p> <p>7.11 Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>7.12 Anjurkan posisi duduk</p> <p>7.13 Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.14 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: peredanyeri, antiemetik)</p> <p>7.15 Kolaborasi dengan ahli gizi</p>
--	--	--	--

8.	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	<p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan Asuhan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Monitor tingkat kemandirian 8.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.3 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana rileks, privasi) 8.4 Siapkan keperluan pribadi (mis: sikat gigi, sabun mandi) 8.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 8.6 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8.7 Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.8 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
----	---------------------------------	--	---

9.	Risiko jatuh (D.0143)	<p>Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24 jam tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>- Jatuh dari tempat tidur ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan: 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup cukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi</p> <p>11.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>11.1 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</p> <p>11.1 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>11.1 Hitung risiko jatuh menggunakan skala (fall morse scale, humpty dumpty scale)</p> <p>11.1 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <p>11.1 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>11.1 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>11.1 Pasang handrall tempat tidur</p> <p>11.1 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>11.1 Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>11.1 Gunakan alat bantu berjalan (kursi roda, walker)</p> <p>11.1 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>11.1 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>11.1 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>11.1 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk</p>
----	-----------------------	---	--

			meningkatkan keseimbangan saat berdiri 11.1 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
10.	Risiko luka tekan (D. 0144)	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x 24 jam integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu kulit ditingkatkan ke skala 5 - Sensasi ditingkatkan ke skala 5 - Tekstur ditingkatkan ke skala 5 <p>Keterangan: 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup cukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>Pencegahan luka tekan (I.14543)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 10.1 Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (norton, braden) 10.2 Periksa adanya luka tekan sebelumnya 10.3 Monitor suhu kulit 10.4 Monitor berat badan dan perubahannya 10.5 Monitor status kulit harian 10.6 Monitor tetap area yang merah 10.7 Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 10.8 Monitor sumber tekanan dan gesekan 10.9 Monitor mobilitas dan aktivitas individu <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 10.10 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, inkontinensia fekal atau urine 10.11 Gunakan barrier seperti lotion, minyak olive oil atau bantalan penyerap air 10.12 Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam 10.13 Buat jadwal perubahan posisi 10.14 Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang 10.15 Jaga seprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan 10.16 Gunakan kasur

			<p>khusus dekubitus, jika perlu</p> <p>10.17 Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang</p> <p>10.18 Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p> <p>10.19 Hindari menggunakan air hangat dan sabun batang saat mandi</p> <p>10.20 Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, kalori</p> <p>Edukasi</p> <p>10.21 Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>10.22 Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>10.23 Ajarkan cara merawat kulit</p>
11.	Risiko jatuh (D.0143)	<p>Tingkat jatuh (L.14138)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24 jam tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>- Jatuh dari tempat tidur ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan:</p> <p>1 : menurun</p> <p>2 : cukup</p> <p>menurun 3 : sedang</p> <p>4 : cukup cukup meningkat</p> <p>5 : meningkat</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <p>11.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>11.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</p> <p>11.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>11.4 Hitung risiko jatuh menggunakan skala (fall morse scale, humpty dumpty scale)</p> <p>11.5 Monitor kemampuan</p>

			<p>berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <p>11.6 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>11.7 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>11.8 Pasang handrall tempat tidur</p> <p>11.9 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>11.10 Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>11.11 Gunakan alat bantu berjalan (kursi roda, walker)</p> <p>11.12 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>11.13 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>11.14 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>11.15 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>11.16 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi. Status kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Yustiana & Ghofur, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan 22 yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Yustiana & Ghofur, 2016).