BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi *Stroke Non Hemoragik*

   Stroke Non Hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nurarif & Amp, 2016). Stroke non hemoragik dapat berubah iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri, 2013)

2. Etiologi

   Stroke non hemoragik disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal, yang pertama adanya penebalan pada dinding pembuluh darah yang disebut dengan atheroschierosis dan bekuan darah yang bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah, di kenal dengan istilah thrombus. Yang kedua karena tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari thrombus di jantung. Thrombus atau bekuan darah di jantung biasa terjadi pada pasien yang terpasang katup jantung buatan, setelah serangan miokard akut, atau pasien dengan gangguan irama jantung berupaa febrlasi atrial, yaitu irama jantung yang tidak teratur yang berasal dari serambi jantung (Mulyatsih & Ahmad, 2008)

3. Klasifikasi

a. Klasifikasi stroke menurut (Tarwoto, Wartonah, & Suryati, 2007) berdasarkan keadaan patologis

1) Stroke iskemia

Iskemia terjadi akibat suplay darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembulu darah otak, hampir 80% pasien stroke merupakan stroke iskemik. Penyebab stroke iskemik adalah karena thrombosis, emboli dan hypoperfusi global. Thrombosis merupakan penyebab stroke yang paling sering , biasanya berkaitan dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis. Stroke karena emboli biasanya berasal dari plak aterosklerosis sinus karotikus atau arteri karotis interna. Pada stroke karena hypoperfusi global biasanya disebabkan karena cardiac arrest dan embolis pulmonal.

2) Stroke hemoragik

Stroke yang terjadi karena perdarahan subarchnoid, mungkin disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak tertentu. Biasanya terjadi pada saat pasien melakukan aktivitas atau saat aktif , namun juga pada kondisi istirahat

b. Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit

1) Transient Iskemic Attack (TIA)

Merupakan gangguan neurologi fokal yang timbul secara tiba-tiba dan menghilang dalam beberapa menit sampai beberapa

jam. Gejala yang muncul akan hilang secara spontan dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) Progresif (Stroke in Evolution)

Perkembangan stroke terjadi perlahan-lahan sampai akut munculnya gejala makin memburuk. Proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

3) Stroke Lengkap (Stroke Complete)

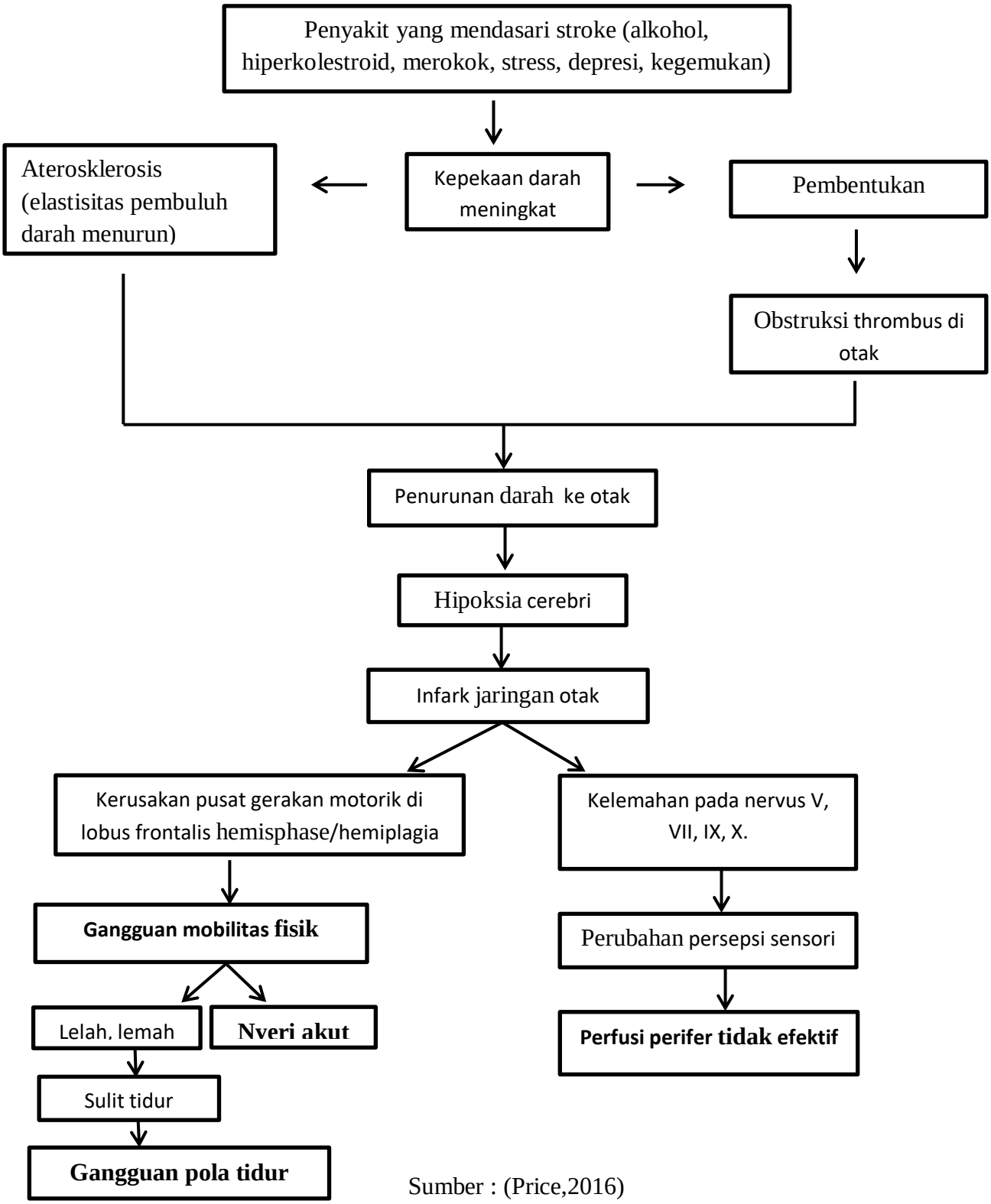
gangguan neurologik yang timbul sudah menetap atau permanen. Maksimal sejak awal serangan dan sedikit memperlihatkan perbaikan.

4. Patofisiologis

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosit pada aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada emboli dari pembuluh darah di luar otak. Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu diotak, luasnya infark bergantung pada faktar-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteosklerik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi (Muttaqin, 2010)

Pathway

Gambar 2.1
Stroke Non Hemoragik



Sumber : (Price,2016)

5. Manifestasi klinis

Menurut (Tarwoto, Wartonah, & Suryati, 2007) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral.

Pada stroke akut gejala klinis meliputi:

a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) yang timbul secara mendadak
b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma)
d. Afasia (kesulitan dalam bicara)
e. Disatria (bicara cadel atau pelo)
f. Gangguan penglihatan, diplopi
g. Ataksia
h. Verigo, mual, muntah, dan nyeri kepala

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Fransisca B, 2008) pemeriksaan penunjang pada stroke yaitu:

a. Angiografi serebral. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri
b. Skan Temografi Komputer (Computer Tomography scan-CTscan) mengetahui adanya tekanan normal dan adanya thrombosis, emboli serebral, dan tekanan intracranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarakhoid dan perdarahan intrakranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus thrombosis di sertai proses inflamasi

c. *Magnetic resonance imaging* (MRI). Menunjukkan darah infark, perdarahan malformasi arteriovena (MAV)

d. Ultrasonografi doppler (USG Doppler). Mengidentifikasi penyakit arteriovea (masalah system arteri karotis aliran darah atau timbulnya plak) dan arteriosclerosis.

e. Elektroensefalogram(*Electroenccephalogram*-EEG). Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

f. Sinar tengkorak. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pienal daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis internal terdapat pada trombosis serebral: kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarachnoid

7. Penatalaksanaan medis

Tindakan yang dapat dilakukan Menurut (Tarwoto, Wartonah, & Suryati, 2007) adalah:

a. Penatalaksanaan umum

1). Pada fase akut

a) Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator.

b) Monitor peningkatan tekanan intracranial

c) Monitor fungsi pernapasan : analisa gas darah

d) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKC

e) Evakuasi status cairan dan elektrolit

f) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan dan cegah resiko injuri

g) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompres lambung dan pemberian makanan

h) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan

i) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflex

2). Fase rehabilitasi

a) Pertahankan nutrisi yang adekuat

b) Program managemen bladder dan bowel

c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak semu (ROM)

d) Pertahankan integritas kulit

e) Pertahankan komunikasi yang efektif

f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

g) Persiapan pasien pulang

b. Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk di kompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut

3). Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke:

a).Stroke iskemia

Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissue plasminogen), dan pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptropil, antagonis, kalsium pada pasien dengan hipertensi

b).Stroke hemoragik

Antihipertensi : katropil, antagonis kalsium, Diuretik : manitol 20%, furosemide, dan Antikonvulsan : feniton

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2014) berdasarkan teori Abraham Maslow tentang kebutuhan dasar manusia terdapat 5 hierarki sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisiologis, yang terganggu pada kasus stroke adalah pasien mengalami gangguan aktivitas dikarenakan ekstremitas kanan pasien terganggu, gangguan eliminasi terganggu dikarenakan gangguan mobilitas fisik sehingga BAK dan BAB terganggu, dan mengalami gangguan istirahat tidur dikarenakan hambatan lingkungan.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan ini meliputi kebutuhan keamanan dan perlindungan atau keselamatan, baik fisik

maupun fisiologis serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya.

3. Kebutuhan rasa cinta, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan di miliki, antara lain memberi serta menerima kasih sayang, kehangatan,dan persahabatan: mendapat tempat di dalam keluarga serta kelompok sosial.
4. Kebutuhan harga diri, yaitu terkait keinginan untuk mendapatkan kekuatan serta, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertingi dalam hierarki maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada diatas, pada klien pada kasus stroke non hemoragik orang lain / lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Berdasarkan teori Abraham Maslow terjadi gangguan pada kebutuhan fisiologis yaitu gangguan kebutuhan aktivitas.

a. Pengertian gangguan aktivitas

Gangguan aktivitas adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Perubahan dalam tingkat aktivitas dapat mengakibatkan instruksi pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, pembatasan gerak fisik, pembatasan gerakan volunter, atau kehilangan fungsi motorik. Dimana seseorang tidak dapat bergerak bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (Potter & perry,2010)

b. Jenis-jenis aktivitas

1) Aktivitas fisik ringan

Aktifitas ringan ini tidak akan merasa terengah-engah atau jantung berdetak lebih kencang dari biasanya. Tubuh juga akan membakar banyak kalori menjadi energi.

Contoh aktifitas ringan diantaranya: mencuci piring, memasak, melakukan peregangan otot dll.

2) Aktivitas fisik sedang

Aktifitas ini di tandai dengan detak jantung yang lebih cepat, napas lebih pendek dan suhu tubuh meningkat.

Contoh aktivitas sedang di antaranya: berjalan cepat, bersepedah, naik turun tangga, menari, main voli,dll.

3) Aktivitas fisik berat

Aktivitas ini akan membakar kalori lebih banyak karena energy yang di butuhkan cukup besar.

Contoh aktivitas beraas ini di antaranya : futsal, lari, berenang, naik gunung, bulutangkit, dll.

c. Etiologi gangguan aktivitas

Penyebab dari gangguan aktivitas/mobilitas fisik yakni gangguan neuromuskuler. Salah satu kondisi terkait dengan gangguan mobilitas fisik adalah stroke (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2016). Gangguan neuromuskuler merupaka kondisi progresif yang di karakteristikkkan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel komu anterior pada medulla spinalis sehingga menimbulkan

ketidakmampuan system saraf dan otot untuk bekerja segaaimanan mestinya (Sari, Hartum et al,.2015).

d. Faktor yang memengaruhi gangguan aktivitas

Faktor yang memengaruhi gangguan aktivitas pada pasien stroke non hemoragik yaitu usia dan gaya hidup.

1) Usia

Usia memengaruhi perubahan sistem muskuloskeletal. Sistem muskuloskeletal mengalami perubahan sepanjang proses penuan . sebagian besar anggota gerak mengalami kelemahan, hal ini mengakibatkan gangguan aktivitas, seiring dengan peningkatan usia. Kejadian ini menyebabkan otot-otot tidak mampu bergerak sepenuhnya, sehingga menyebabkan kelemahan pada ekstremitas (Price & Wilson, 2006).

2) Gaya hidup

Gaya hidup merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan aktivitas karena tingginya angka ketidakpatuhan seseorang terutama kaum laki-laki untuk mengontrol makanan yang kurang sehat seperti makanan yang mengandung kolestrol, merokok dan kurang melakukan aktivitas fisik (Batticaca,2012)

e. Proses terjadinya gangguan aktivitas fisik pada stroke non hemoragik

Gangguan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien SNH di akibatkan oleh gangguan neuromuskuler yang terjadi akibat obstruksi atau thrombus yang terbentuk didalam suatu pembuluh otak.

Thrombus terbentuk akibat plak arterosklerosis sehingga sering kali terjadi penyumbatan pasokan darah ke organ ditempat terjadinya thrombosis. Potongan-potongan thrombus terutama thrombus yang kecil yang biasanya disebut dengan emboli akan lepas dan berjalan mengikuti aliran darah (Ganong, 2012). Jika aliran kesetiap bagian otak terhambat karena thrombus atau emboli maka akan terjadi kekurangan suplai oksigen kejaringan otak (Batticaca,2012). Kekurangan suplai oksigen selama satu menit dapat menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron-neuron area. Area yang mengalami nekrosis yaitu area brodman 4 dan area 6 dimana area tersebut adalah bagian korteks, tepatnya konteks frontalis yang merupakan area motorik primer (Ganong,2012). Hal ini mengakibatkan terjadinya keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuh sehingga menimbulkan gangguan mobilitas fisik.

Tabel 2.1
Tingkat Kemampuan Aktivitas

Tingkat aktivitas	**Kategori**
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh.
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat.
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasa orang lain.
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan.
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Label 2.2

Derajat kekuatan otot

Skala	Persentase kekuatan otot	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

f. Dampak gangguan aktivitas fisik pada stroke non hemoragik

Dampak yang terjadi apabila gangguan mobilitas fisik tidak segera diatasi yaitu hemiplegia/hemiparesis, kontraktur dann spastisitas (Syikir, 2009).

1) Hemiplegia/hemiparesis

Kelainan ini merupakan gangguan fungsi motorik karena terjadinya lesi pada bagian Upper Motor Neuron(UMN) yang mengakibatkan kelumpuhan pada saparuh sisi tubuh, terutama pada bagian lenan dan tungkai.

2) Kontraktur

Kontraktur disebabkan oleh pendekatan otot dan sendi yang menyebabkan deformitas dan keterbatasan gerak sendi. Kontraktur terjadi karena transport Ca2+ kedalam reticulum dihambat sehingga tidak terjadi relaksasi meskipun tidak ada potensial aksi.

3) Spastisitas

Spastisitas merupakan suatu keadaan peningkatan tonus otot dalam otot yang lemah, pada awalnya tahanan diakibatkan oleh adanya tegangan yang cepat diikuti dengan relaksasi secara tiba-tiba.

g. Penatalaksanaan aktivitas fisik pada stroke non hemoragik

Stroke dapat diringankan dengan beberapa aktivitas fisik karena ekstremitas pasien terganggu. Beberapa aktivitas fisik yang dapat dilakukan menurut (Adha,2017) sebagai berikut:

1) Pengaturan posisi tubuh sesuai kebutuhan pasien

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas dapat disesuaikan dengan tingkat gangguan, seperti hemoragik posisi fowler, sim, trendelenburg, dorsal recumben, dan lithotomi.

2) Latihan ROM pasif dan aktif

Pasien yang gangguan aktivitas fisik karena stroke non hemoragik memerlukan latihan ROM. Latihan berikut dilakukan memelihara dan mempertahankan kekuatan otot, yaitu:

a) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan
b) Fleksi dan ekstensi siku
c) Supinasi dan pronasi lengan bawah
d) Pronasi fleksi bahu
e) Rotasi bahu
f) Abduksi dan adduksi
g) Fleksi dan ekstensi jari-jari
h) Infers dan efersi kaki

i) Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki

j) Fleksi dan ekstensi lutut

k) Rotasi pangkal paha

l) Abduksi dan adduksi pangkal paha

3) Latihan ambulasi

a) Duduk diatas tempat tidur

b) Turun dari tempat tidur, berdiri, kemudian duduk dikursi roda

c) Membantu berjalan

C. Proses Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono&Pertami,2015)

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses pengumpulan data yang dilakukan dengan berbagai cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll). Dengan tujuan untuk mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatan pasien yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia (Suarni & Apriyani, 2017)

Menurut (Sylvia A, 2006). Smeltzer & Bare (2009) menyatakan bahwa pada waktu stroke, aliran darah ke otak terganggu sehingga

terjadinya iskemia yang berakibat kurangnya aliran glukosa, dan bahan makanan lainnya ke sel otak. Pengkajian pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan diantaranya:

a.pengkajian pemeriksaan fisik.

1). Tanda – tanda vital

Pada pasien stroke non hemoragik akan di dapatkan berapa skala nyeri pada saat palpasi dan nyeri lepas.

2). Sistem neurologi

Pada kekuatan otot akan ditemukan berapa nilai kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien , keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018).

Berdasarkan hasil pengkajian pada stroke non hemoragik di dapatkan diagnose keperawatan sebagai berikut :

a. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, enggan melakukan pergerakan, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, fisik lemah, nyeri saat

bergerak, merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot menurun, sendi kaku, dan gerakan terkoordinasi.

b. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fugsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintegritas ringan higga berat yang berlangsungkurang dari 3 bulan, berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri pada ekstremitas kanan, tampak meringis, gelisah, sulit tidur, dan tekanan darah meningkat.

c. Gangguan pola tidur adalah gangguan kuantitas dan kualitas waktu tidur akibat faktor eksternal berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, dan mengeluh pola tidur berubah.

3. Rencana keperawatan

Menurut Hartati dalam (keperawatan & kemenkes, 2016) perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang di lakukan terhadap klien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa yang muncul.

Rencana keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dapat dilihat tabel 2.3

Tabel 2.3
Rencana keperawatan pada pasien stroke non hemoragik

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	*3*	*4*
1	Gangguan mobilitas fisik	**Mobilitas fisik (L.05042)** Dengan kriteria hasil: 1. Pergerakkan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	**Dukungan ambulasi (I.06171)** **Obserbasi** 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan nyeri lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik malakukan ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 4. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi **Terapeutik** 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan rmobilisasi fisik,jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

1	*2*	*3*	*4*
			Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dai tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi
2	Nyeri akut	**Tingkat nyeri (L.080660)** Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Keluhan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus meraba membulat menuru	**Manajemen nyeri (I.08238)** **Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri

1	*2*	*3*	*4*
		15. Keteganggan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berfikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik	pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik** 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, ruangan, suhu, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** 1. Jelaskan penyebab, periode, dan

1	*2*	*3*	*4*
			pemicu nyeri 2. Jelaskan strategis meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk memngurangi rasa nyeri **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan pola tidur	**Pola tidur (L.05045)** Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan beraktivias meningkat 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan sering terjaga menurun 4. Keluhan tidak puas tidur menurun 5. Keluhan pola tidur berubah menurun 6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	**Dukungan tidur (I.05174)** **Observasi** 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi **Teraupetik** 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu,

1	*2*	*3*	*4*
			matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga