BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah diotak karena terjadinya kemataian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Sedangkan menurut Haduk 1996. Stroke adalah defisit neurologis yang mempunyai serangan mendadak dan berlangsung 24 jam sebagai akibat dari *Cardiovascular disease* (CVD).

Stroke adalah gangguan fungsi otak secara mendadak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan yang disebabkan karena adanya sumbatan atau perdarahan. Akibatnya nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik, sehingga terjadi kematian (Junaidi dan Baticaca, 2011).

2. Etiologi

Stroke non hemoragik (iskemik atau infrak) disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah ke otak (stroke non pendarahan dan infrak). Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju keotak lancar dan tidak mengalami hambatan. Namun jika persedian oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel-sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah terjadi thrombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan otak yang disuplai.

Penyebab stroke iskemik adalah

a. Atheroma

Pada stroke iskemik penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur arteri yang menuju ke otak

b. Emboli

Endapan lemak juga dapat lepas dari dinding arteri dan mengalir didalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil

c. Infeksi

Stroke juga bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi penyempitannya pembuluh darah yang menuju keotak

d. Obat-obatan

Obat-obatanpun dapat menyebabkan stroke seperti nikotin, kokain, amfetamin, epinefrin, adrenalin, dan sebagainya dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke

e. Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan

f. Kekurangan suplai oksigen yang menuju ke otak

g. Pecah pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah di otak

h. Adanya sumbatan bekuan darah diotak

Faktor resiko stroke antara lain:

a. Hipertensi
b. Penyakit kardiovaskuler seperti *koronaria*, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, dan penyakit jantung kongestif
c. Kolestrol tinggi, obesitas
d. Peningkatan hematokrit (resiko infrak serebral)
e. Diabetes militus (berkaitan dengan akselerasi aterogenesis)
f. Kontrasepsi oral (khususnya disertai dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi)
g. Penyalah gunaan obat (narkoba), rokok dan alkohol

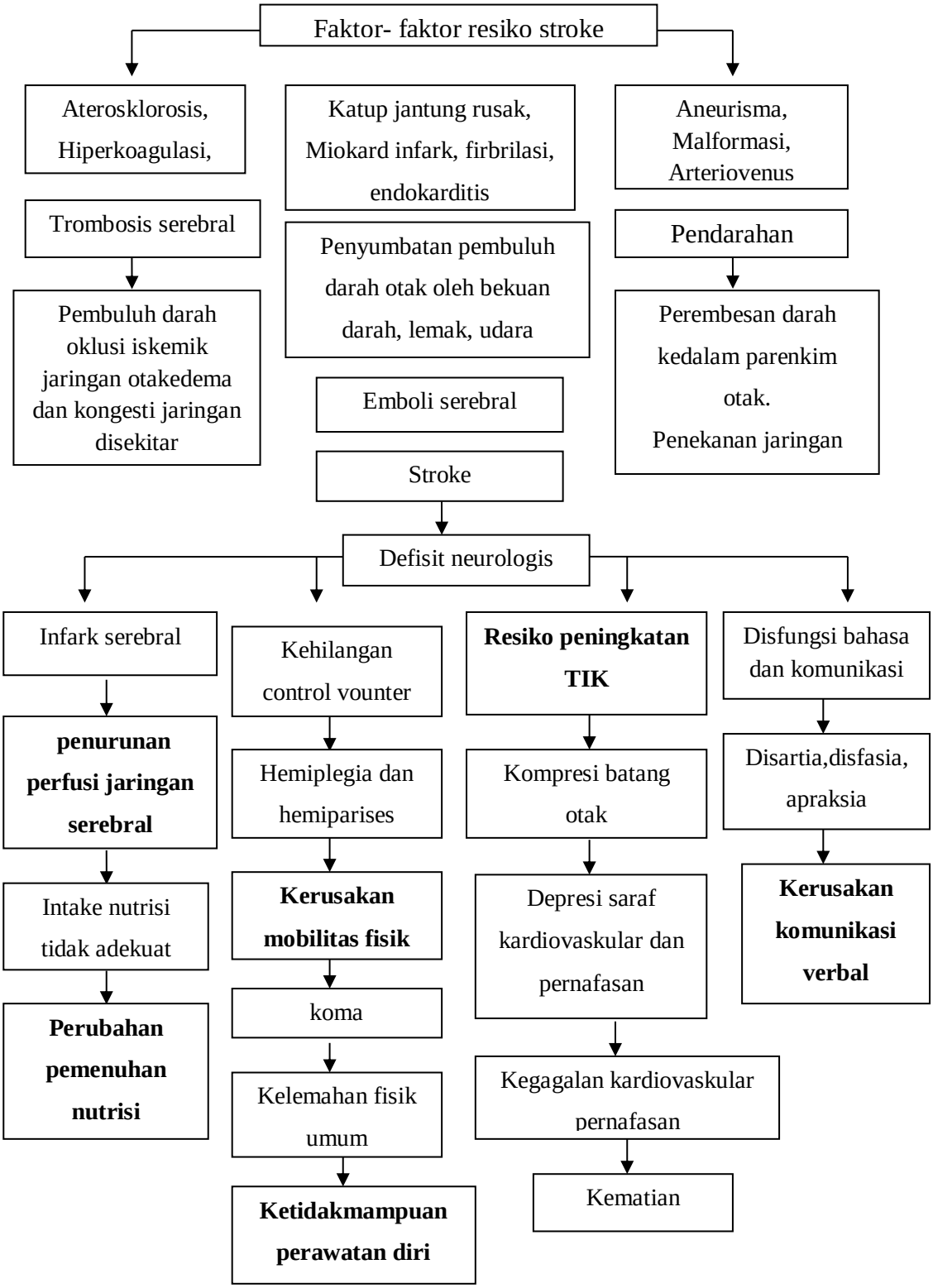
3. Patofisiologi

Infrak serebri adalah berkurangnya suplai darah kearea tertentu ke otak. Luasnya infrak tergantung pada faktor-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 makin cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). *Aterosklerosis* seringkali merupakan peran penting untuk otak, trombus dapat berasal dari plak *arterosklosis*, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi terbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah atau terbawa sebagai emboli dalam aliran darah.

Perdarahan pada otak dapat disebabkan oleh ruptur *arteriosklereotik* dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhann penyakit serebrovaskular
(Mutakin,2011).

Gambar 2.1
Pathway Stroke (Mutakin, 2011)



4. Manifestasi Klinis

Beberapa jenis stroke mempunyai tanda-tanda peningkatan dini yang dikenal dengan sebutan serangan iskemik jangka pendek. Manifestasi dari iskemik stroke yang akan terjadi yaitu kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis yang timbul mendadak), *afasia* (tidak dapat bicara), disartria (bicara pelo atau cedal), vertigo (mual dan muntah atau nyeri kepala) dan kehilangan sensori setengah atau hemisensori. Manifestasi dari stroke karena trombosis berkembang dalam hitungan menit ke hitungan jam sampai hari. Serangan yang lambat akan terjadi karena trombosis meningkat. Pertama terjadi sumbatan sebagian pembuluh darah yang terkena kemudian menjadi total. Kebalikan dari stroke trombotik yaitu manifestasi dari stroke embolik menjadi tiba-tiba dan tanpa peringatan awal.

Manifestasi gangguan harus ada lebih dari 24 jam untuk bisa di diagnosis sebagai stroke. TIA adalah gangguan neurologis yang utama berlangsung kurang dari 24 jam (Mutakin, 2011).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Wijaya dan Putri (2013), pemeriksaan diagnostik stroke non hemoragi antara lain:

a. *Angiografi serebral*

   Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture

b. *Lektro encefalography*

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

c. CT-scan

   Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infrak

d. Sinar X tengkorak

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

e. *Ultrasonography Doppler*

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

f. MRI

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

g. Pemeriksaan foto thorax

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

h. Pemeriksaan laboratorium

1) Fungsi lumbal tekanan normal biasanya ada trombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi
2) Pemeriksaan darah rutin
3) Pemeriksaan kimia darah pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

6. Komplikasi

a. Berhubungan dengan immobilisasi

1) Infeksi pernafasan

2) Nyeri yang berhubungan dengan darah yang tertekan
3) Konstipasi
4) Tromboflebitis
b. Berhubungan dengan mobilisasi
1) Nyeri pada daerah punggunng
2) Dislokasi sendi
c. Berhubungan dengan kerusakan otak
1) Epilepsi
2) Sakit kepala
3) Kraninotomi

7. Penatalaksanaan
a. Medik
1) Menurunkan kerusakan iskemik serebral dengan mempertahankan saluran nafas yaitu: oksigenasi, penghisapan lendir, bila perlu melakukan trakeostomi, serta dengan vasodilator untuk meningkatkan aliran darah serebral seperti asam nikotinat tolazim dan jenis lainnya
2) Pemberian steroid guna menurunkan permebilitas kapiler
3) Pemberian osmatis deuratik seperti manitol, lasix atau furosemlde untuk menurunkan edema serebral
4) Pemberian anti koagulan untuk mencegah memperberatnya trombosis dan embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskler
b. Keperawatan
1) Meningkatkan perfusi dan oksigenasi serebral yang adekuat
2) Mencegah dan meminimalkan komplikasi dan ketidak mampuan yang bersifat peramanen
3) Membantu pasien dalam menemukan kemandiriannya untuk melalukan aktivitas sehari-hari
4) Memberikan dukungan terhadap proses koping dan mengintegrasikan perubahan dalam konsep diri pasien

5) Memberikan informasi tentang proses penyakit atau prognosisnya dan kebutuhan tindakan/rehabilitas.

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

1. Konsep Kebutuhan Dasar

Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikologi dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow (Wolf, Luverne, ddk, 1984). Hierarki itu meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan rasa aman yaman, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisai diri.

Gambar 2.2
Kebutuhan dasar manusia

Sumber : Abraham Maslow dalam (Mubarak, Nurul, 2008)

Salah satu kebutuhan fisologis yang akan terganggu pada pasien Stroke Non Hemoragi khususnya dengan ganguan Oksigenasi.

2. Konsep Dasar Kebutuhan Oksigenasi

Oksigenasi merupakan gas yang sangat vital dalam kelangsungan hidup sel jaringan tubuh karena oksigen diperlukan untuk proses metabolisme tubuh secara terus-menerus. Oksigen diperoleh dari atmosfer melalui bernafas. Pemenuhan kebutuhan oksigen tubuh sangat ditentukan oleh adekuatnya sistem pernafasan, sistem kardiovaskular, dan sistem hematologi. Sistem pernafasan berperan dalam menjamin ketersediaan oksigen untuk kelangsungan metabilisme sel-sel tubuh dan pertukaran gas (Tarwono & Wartonah, 2015).

Pemenuhan kebutuhan oksigen adalah bagian dari kebutuhan fisiologis menurut Hierarki Maslow. Kebutuhan oksigen diperlukan untuk proses kehidupan. Oksigenasi sangat berpenan dalam metebolisme tubuh. Kebutuhan oksigen dalam tubuh harus terpenuhi karena apabila kebutuhan oksigen dalam tubuh berkurang maka akan terjadi kerusakan jaringan otak dan apabila hal tersebut berlangsung lama akan teradi kematian. Sistem yang berperan dalam proses pemenuhan kebutuhan adalah sistem pernafasan, persyarafan, dan kardiovaskular

Masalah kebutuhan oksigen merupakan masalah pertama dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Hal ini telah terbukti pada seseorang yang kekurangan oksigen akan mengalami hipoksia dan akan terjadi kematian. Proses pemenuhan kebutuhan oksigen pada manusia dapat dilakukan dengan cara pemberian oksigenmelalui saluran pernafasan, membebaskan saluran pernafasan dari sumbatan yang menghalangi masuknya oksigen, memulihkan dan memperbaiki organ pernafasan agar berfungsi secara normal (Hidayat & Uliyah, 2013).

C. Proses keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis alam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data bisa dilakukan dengan berbagai cara seperti wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll (Suarni & Apriyani, 2017).

Untuk mengkaji klien dengan diagnosa stroke non hemoragi diperlukan data sebagai berikut:

a. Identitas klien, nama, umur, alamat, jenis kelamin, agama, suku, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit

b. Pemeriksaan dasar

1) Aktifitas/ istirahat

a) Merasa kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paraisis

b) Merasa mudah lelah,sesah beristirahat (nyeri, kejang otot)

c) Tonus otot, paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum

d) Gangguan penglihatan

e) Gangguan tingkat kesadaran

Penilaian GCS dan kekuatan otot

Pemeriksaan GCS:

Membuka mata (Eye)

a) Membuka spontan: 4

b) Membuka dengan perintah: 3

c) Membuka mata dengan rangsang nyeri: 2

d) Tidak mampu membuka mata: 1

Kemampuan bicara (verbal)

a) Berorientasi dan pengertian baik: 5

b) Tidak terorientasi/ bingung: 4

c) Kata-kata bukan kalimat: 3

d) Mengerang, merintih: 2

e) Tidak ada suara: 1

Kemampuan motorik (motorik)

a) Mengikuti perintah: 6

b) Melokalisir nyeri: 5
c) Menghindari rasa nyeri: 4
d) Fleksi abnormal: 3
e) Ekstensi abnormal: 2
f) Tidak ada gerakan: 1

Pemeriksaan kekuatan otot

a) Kekuatan penuh: 5
b) Tidak mamu menahan tangan pemeriksa: 4
c) Tidak mampu menahan gravitasi: 3
d) Hanya mampu menggeser: 2
e) Hanya terlihat tonus ot: 1

2) Sirkulasi
   a) Adanya penyakit jantung
   b) Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme/malinformasi vaskuler
   c) Frekuensi nadi dapat bervariasi, ketidakefektifan fungsi/ keadaan jantung
3) Integritas ego
   a) Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
   b) Emosi, ketidaksiapan untuk makan sendiri dan gembira
   c) Kesulitan untuk mengekspresikan diri
4) Eliminasi
   a) Perubahan pola berkemih seperti : inkontinensia urin, anuria
   b) Distensi abdomen, bising usus (-)
5) Makanan/ cairan
   a) Nafsu makan menurun, mual, muntah selama fase akut/peningkatan TIK
   b) Kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah, dan pipi)
   c) Disfagia, riwayat penyakit DM (peningkatan lemak dalam darah)
   d) Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringieal)
   e) Obesitas
6) Neurosensori

a) Adanya pusing/sakit kepala berat
b) Kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi terkena/matilumpuh
c) Penglihatan menurun : buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (*diplopia*)
d) Sentuhan : hilang rangsangan sensori kontra lateral (ada sisi tubuh yang berlawanan/ pada ekstremitas) pada wajah
e) Gangguan rasa pengecapan dan penciuman
f) Status mental/ tingkat kesadaran : koma pada tahap awal, tetap sadar jika trombosis alami
g) Gangguan fungs kognitif : penurunan memori
h) Ekstremitas: kelemahan/paralisis (kontralateral), tidak dapat menggenggam, reflek tendon melemah secara kontralateral
i) *Afasia*: gangguan fungsi bahasa, afasia motorik (kesulitan mengucapkan kata) atau afasia sensorik (kesulitan memahami kata-kata bermakna)
j) Kehilangan kemampuan mengenali/menghayati masuknya sensasi visual, pendengaran, kewaspadaan, kelainan terhadap bagian yang terkena, gangguan persepsi, kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat klien ingin menggunakannya

7) Nyeri
   a) Sakit kepala dengan intensitas berbeda (karena arteri karotis terkena)
   b) Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketergantungan pada otot
8) Pernafasan
   a) Merokok
   b) Ketidakmampuan menelan/ hambatan jalan nafas
   c) Pernafasan sulit, tidak teratur, suara nafas terdengar/ronki (aspirasi sekresi)
9) Keamanan
   a) Motorik/sensori : masalah penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tentang tubuh, hilangnya kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit

b) Tidak mengenali objek, warna dan wajah yang pernah dikenali
c) Gangguan berespon terhadap panas dan dingin, gangguan regulasi tubuh
d) Tidak mandiri, gangguan dalam memutuskan, penglihatan terhadap keamanan sedikit
e) Tidak sadar/ kurang kesadaran diri

10) Interaksi sosial
a) Masalah bicara, tidak mampu berkomunikasi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa stroke menurut Gonzales dalam Dr. Catur Budi Susilo,2019 adalah:

a. Resiko perfusi jaringan serebral

Merupakan beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah keotak

b. Gangguan mobilitas fisik

Merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

c. Defisit perawatan diri

Merupakan tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

d. Gangguan komunikasi verbal

Merupakan penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan menggunakan sistem simbol

e. Resiko defisit nutrisi

Merupakan berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

f. Resiko gangguan integritas kulit

Merupakan berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilogo, kapsul sendi dan ligamen)

3. Rencana Keperawatan

Tabel 2.1
Rencana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragi

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3	4
1	Resiko Perfusi Jaringan Serebral Faktor resiko : 1. Keabnormalan masa protrombim/masa trombolastin 2. Aterosklerosis oarta 3. Hipertensi	**Perfusi jaringan serebral (L.02014)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Tekanan arteri rata-rata membaik 6. Tekanan intra kranial membaik 7. Tekanan darah sistolik membaik 8. Tekanan darah diastolik membaik	**Monitor (pemantauan) tekanan intra kranial (I.06198)** Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor peningkatan TD 3. Monitor pelebaran tekanan nadi 4. Monitor penurunan frekuensi jantung 5. Monitor ireguleritas irama nafas 6. Monitor penurunan tingkat kesadaran 7. Monitor perlambatan atau ketidakseimbangan respon pupil 8. Monitor tekanan perfusi serebral 9. Monitor efek stimulus lingkungan

			terhadap TIK Terapeutik 1. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal 2. Kalibrasi transduser 3. Pertahan posisi kepala dan leher netral
1	2	3	4
			4. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 5. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*
2	Gangguan Mobilitas Fisik Data Mayor : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Data Minor: 1. Gerakan terbatas 2. Fisik lemah	**Mobiitas Fisik (L.05042)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meingkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun	**Dukungan Mobilisasi (I.05173)** Observasi 1. Idenitifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu* 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam

		8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukanmobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
1	2	3	4
			(mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur , pindah tempat tidur ke kursi)
3	Defisit Perawatan Diri Data Mayor : 1. Menolak melakukan perawatan diri 2. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/berhias/ketoilet 3. Minat perawatan diri berkurang Data Minor : -	**Perawatan Diri (L.11103)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan berpakaian meningkat 3. Klien mampu ke toilet (BAB/BAK) meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat	**Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK (I.11349)** Observasi 1. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia 2. Monitor integritas kulit pasien Teraupetik 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2. Dukung pengguana pispot secara konsisten 3. Jaga privasi pasien selama eliminsi 4. Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan Edukasi 1. Anjurkan BAB/BAK secara rutin 2. Anjurkan kekamar

			mandi/toilet **Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian (I.11350)** Observasi Identifikasi usia dan budaya dalam membantu Teraupetik

1	2	3	4
			1. Sediakan pakaian yang mudah dijangkau 2. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebuuhan 3. Jaga privasi saat berpakaian 4. Berikan pujian kemampuan berpakaian secara mandiri **Dukungan Perawatan Diri: Mandi (I.11352)** Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (rambut, kulit, dan kuku) 4. Monitor integritas kulit Teraupetik 1. Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampo, pelembab kulit) 2. Sediakan lingkungan yang aman dan yaman 3. Fasilitasi menggosok

			gigi, sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 6. Berikan bantuan sesuai tinggkat kemandirian Edukasi 1. Jelaskan dampak mandi dan dampak tidak mandi
1	2	3	4
			terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien
4	Gangguan Komunikasi Verbal Data Mayor : 1. Menunjukkan respon tidak sesuai 2. Tidak mampu berbicara atau mendengar Data Minor : 1. Pelo 2. Sulit memahami komunikasi	**Komunikasi verbal (L.13118)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Afasia menurun 6. Disfasia menurun 7. Apraksia menurun 8. Disleksia menurun 9. Disatria menurun 10. Afonia menurun 11. Dislalia menurun	**Promosi Komunikasi: Defisit Bicara** **(I.13491)** Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan)

		12. Pelo menurun	2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 3. Ulangi apa yang disampaikan pasien 4. Beri dukungan psikologis Edukasi 1. Anjurkan berbicara perlahan
1	2	3	4
			2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 3. Kolaborasi keahli patologi bicara
5	Resiko Defisit Nutrisi Faktor resiko : Faktor psikologis (keengganan untuk makan)	**Status Nutrisi** **(L.03030)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Frekuensi makan membaik 3. Nafsu makan membaik 4. Perasaan cepat kenyang menurun	**Manajemen Nutrisi** **(I.03119)** Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasi laboratorium Teraupetik 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

			3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan
1	2	3	4
			(mis. pereda nyeri, antiemetik) 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori
6	Resiko Gangguan Integritas Kulit Faktor resiko : 1. Kelembaban 2. Penurunan mobilitas	**Integritas kulit dan jaringan (L.14125)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Perfusi jaringan meningkat 2. Kerusakan jaringan menurun 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Suhu kulit membaik	**Perawatan integritas kulit (I. 11353)** Observasi Identifikasi penyebabab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, penurunana mobilitas) Teraupetik 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 3. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 4. Hindari produk berbahan dasar

			alkohol pada kulit kering Edukasi 1. Anjurkan mengguanakan pelembab (mis. lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
1	2	3	4
			4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

4. Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan (Suarni & Apriyani, 2017).

a. Tahap pelaksanaan
   1) Berfokus pada klien
   2) Berorientasi pada tujuan
   3) Memperhatikan kemampuan fisikdan psikologis klien
   4) Kompeten
b. Pengisian foemat pelaksanaan tindakan keperawatan
   1) Nomor diagnosa keperawatan/ masalah keperawatan
   2) Tanggal/jam
   3) Tindakan pada SIKI

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilain dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibutuhkan pada tahap perencanaan. Untuk mempermudah perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP

(Suarni & Apriyani, 2017).