

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Definisi Kebutuhan Oksigenasi**

Setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu:kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri. Manusia memiliki kebutuhan dasar yang bersifat heterogen. Setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena budaya, maka kebutuhan tersebutpun ikut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhan manusia menyesuaikan diri denganprioritas yang ada(Kasiati & Rosmalawati, 2016).

Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia kedalam 5 tingkatan yaitu :

- a. Kebutuhan fisiologis, merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh dan kebutuhan seksual
- b. Kebutuhan rasa aman dan nyaman, dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.
- c. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan,persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya,
- d. Kebutuhan akan harga diri, kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya

diri dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain`

- e. Kebutuhan aktualisasi diri, kebutuhan aktualiasasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. (Kasiati & Rosmalawati, 2016)

Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan berikut :



Gambar 2.1 Hirarki Kebutuhan Kebutuhan Dasar menurut A. Maslow

Sumber: (Kasiati & Rosmalawati, 2016)

Kebutuhan oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai organ atau sel (Hidayat & Uliyah, 2015).

Oksigenasi adalah suatu proses untuk mendapatkan O<sub>2</sub> dan mengeluarkan CO<sub>2</sub>. Kebutuhan fisiologis oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, untuk mempertahankan hidupnya dan untuk aktivitas berbagai organ atau sel. (Kusnanto, 2016)

Oksigen memegang peranan penting dalam semua proses tubuh secara fungsional. Tidak adanya oksigen akan menyebabkan tubuh secara fungsional mengalami kemunduran atau bahkan dapat menimbulkan kematian. Bila ada gangguan pada salah satu organ sistem respirasi, maka kebutuhan oksigen akan mengalami gangguan. Sering kali individu tidak menyadari terhadap pentingnya oksigen. Proses pernapasan dianggap

remeh bagi sebagian orang. Banyak kondisi yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen, seperti adanya sumbatan pada saluran pernapasan. (Kusnanto, 2016)

## **2. System Tubuh yang Berperan Dalam Kebutuhan Oksigenasi**

### **a. Saluran Pernapasan Bagian Atas**

Saluran pernapasan bagian atas berfungsi menyaring, menghangatkan, dan melembabkan udara yang terhirup. Saluran pernapasan ini menurut (Hidayat & Uliyah, 2015) ialah :

- 1) Hidung, Terdiri atas nares anterior (saluran dalam lubang hidung) yang berisi kelenjar sebaceous dengan ditutupi bulu yang kasar dan bermuara ke rongga hidung dan rongga hidung dilapisi oleh selaput lendir yang mengandung pembuluh darah.
- 2) Faring, merupakan pipayang memiliki otot, memanjang dari dasar tengkorak sampai esophagus yang terletak dibelakang nasofaring (di belakang hidung), di belakang mulut (orofaring), dan di belakang laring (laringo faring)
- 3) Laring ( Tenggorokan), laring merupakan saluran pernapasan setelah faring yang terdiri atas bagian dari tulang rawan yang diikat bersama ligament dan membran, terdiri atas dua lamina yang bersambung digaris tengah.
- 4) Epiglottis, merupakan katup tulang rawan yang bertugas membantu menutup laring pada saat proses menelan

### **b. Saluran Pernapasan Bagian Bawah**

Saluran pernapasan bagian bawah berfungsi mengalirkan udara dan memproduksi surfuktan. Saluran ini menurut (Hidayat & Uliyah, 2015) ialah :

- 1) Trakea, atau batang tenggorokan, memiliki panjang  $\pm 9$ cm yang dimulai dari laring sampai kira-kira ketinggian vertebra torakalis kelima. Trakea tersusun atas 16 -20 lingkaran tidak lengkap berupa cincin, dilapisi selaput lendir yang terdiri atas epitelium bersilia yang dapat mengeluarkan debu atau benda asing.

- 2) Bronkus, Merupakan bentuk percabangan atau kelanjutan dari trakea yang terdiri atas dua percabangan kanan dan kiri. Bagian kanan lebih pendek dan lebar daripada bagian kiri yang memiliki tiga lobus atas, tengah, bawah sedangkan bronkus kiri lebih panjang dari bagian kanan yang berjalan dari lobus atas dan bawah
- 3) Bronkiolus, merupakan saluran percabangan setelah bronkus
- 4) Paru-paru, merupakan organ utama dalam system pernapasan. Paru terletak dalam rongga toraks setinggi tulang selangka sampai dengan diafragma. Paru terdiri atas beberapa lobus yang diselaputi oleh pleura perietalis dan pleura viseralis, serta dilindungi oleh cairan pleura yang berisi cairan surfaktan.  
Paru sebagai alat pernapasan utama terdiri atas dua bagian, yaitu paru kanan dan kiri. Pada bagian tengah organ ini terdapat organ jantung beserta pembuluh darah yang berbentuk kerucut, dengan bagian puncak disebut apeks. Paru memiliki jaringan yang bersifat elastis, berpori, serta berfungsi sebagai tempat pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida.

### 3. Proses Oksigenasi

Pernapasan adalah pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida pada alveolus, tingkat kapiler (pernapasan eksternal), dan sel dalam jaringan (pernapasan internal). Selama pernapasan, jaringan tubuh membutuhkan oksigen untuk metabolisme dan karbon dioksida untuk dikeluarkan (Tarwoto & Wartonah, 2015)

Proses pemenuhan kebutuhan oksigenasi tubuh terdiri atas tiga tahap, yaitu ventilasi, difusi gas, dan transportasi gas (Hidayat & Uliyah, 2015).

#### a. Ventilasi

Merupakan proses keluar masuknya oksigen dari atmosfer ke dalam alveoli atau dari alveoli ke atmosfer. Proses ventilasi dipengaruhi oleh adanya perbedaan tekanan antara atmosfer dengan paru, adanya kemampuan toraks dan paru pada alveoli dalam melaksanakan

ekspansi atau kembang kempis, adanya jalan nafas yang dimulai dari hidung hingga alveoli yang terdiri atas berbadai otot polos yang kerjanya sangat dipengaruhi oleh system saraf otonom. Pengaruh proses ventilasi selanjutnya adalah compliance dan recoil. Compliance merupakan kemampuan paru untuk mengembangkan paru. Kemampuan ini dipengaruhi berbagai faktor yaitu adanya surfaktan yang terdapat pada lapisan alveoli yang berfungsi menurunkan tegangan permukaan. Recoil adalah kemampuan mengeluarkan karbondioksida atau kontraksi menyempitnya paru.

Pusat pernapasan, yaitu medula oblongata dan pons, dapat memengaruhi proses ventilasi, karena karbondioksida memiliki kemampuan merangsang pusat pernapasan. Peningkatan karbondioksida dalam batas 60 mmHg dapat merangsang pusat pernapasan dan bila PCO<sub>2</sub> kurang dari sama dengan 80 mmHg dapat menyebabkan depresi pusat pernapasan.

b. Difusi Gas

Difusi gas merupakan pertukaran antara oksigen dan karbondioksida di alveoli. Proses pertukaran ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu luasnya permukaan paru, tebal membrane respirasi/ permeabilitas yang terdiri atas epitel alveoli dan interstisial, perbedaan tekanan dan konsentrasi oksigen (hal ini sebagaimana oksigen dari alveoli masuk ke dalam darah karena tekanan oksigen dalam rongga alveoli lebih tinggi dari tekanan oksigen di darah vena pulmonalis).

c. Transportasi Gas

Merupakan proses pendistribusian oksigen kapiler ke jaringan tubuh dan karbondioksida jaringan tubuh. Pada proses transportasi oksigen akan berikatan dengan Hb membentuk Oksihemoglobin (97%) dan larut pada plasma 3%. Sedangkan karbondioksida akan berikatan dengan HB membentuk karbon monohemoglobin (30%) larut dalam plasma (5%).

#### 4. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Oksigenasi

Haswita & Sulistyowati (2017) menyatakan keadegan sirkulasi, ventilasi, perfusi dan transpor gas-gas pernafasan ke jaringan dipengaruhi oleh lima tipe faktor:

##### a. Faktor Fisiologis

Setiap kondisi yang mempengaruhi kardiopulmonar secara langsung akan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Proses fisiologi selain yang mempengaruhi proses oksigenasi pada klien termasuk perubahan yang mempengaruhi kapasitas darah untuk membawa oksigen, seperti anemia, peningkatan kebutuhan metabolisme, seperti kehamilan dan infeksi.

##### b. Faktor Perkembangan

Tahap perkembangan klien dan proses penuaan yang normal mempengaruhi oksigenasi jaringan. Saat lahir terjadi perubahan respirasi yang besar yaitu paru-paru yang sebelumnya berisi cairan menjadi berisi udara. Bayi memiliki dada yang kecil dan jalan nafas yang pendek. Bentuk dada bulat pada waktu bayi dan masa kanak-kanak, diameter dari depan ke belakang berkurang dengan proporsi terhadap diameter transversal. Pada orang dewasa thorak diasumsikan berbentuk oval. Pada lanjut usia juga terjadi perubahan pada bentuk thorak dan pola nafas.

- 1) Bayi premature : yang disebabkan kurangnya pembentukan surfaktan
- 2) Bayi dan toddler: Adanya risiko infeksi saluran pernafasan akut.
- 3) Anak usia sekolah dan remaja: Risiko saluran pernafasan dan merokok.
- 4) Dewasa muda dan pertengahan: Diet yang tidak sehat, kurang aktivitas, stres yang mengakibatkan penyakit jantung dan paru-paru.
- 5) Dewasa tua: Adanya proses penuaan yang mengakibatkan kemungkinan arteriosclerosis, elastisitas menurun, ekspansi paru menurun.

c. Faktor Perilaku

Perilaku atau gaya hidup baik secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kemampuan tubuh dalam memenuhi kebutuhan oksigen. Faktor-faktor yang mempengaruhi fungsi pernafasan meliputi:

- 1) Nutrisi: Misalnya pada obesitas mengakibatkan penurunan ekspansi paru, gizi yang buruk menjadi anemia sehingga daya ikat oksigen berkurang, diet yang terlalu tinggi lemak menimbulkan arteriosclerosis.
- 2) Exercise (olahraga berlebih): Exercise akan meningkatkan kebutuhan oksigen.
- 3) Merokok: Nikotin dapat menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan coroner.
- 4) Substance abuse (alkohol dan obat-obatan): Menyebabkan intake nutrisi menurun mengakibatkan penurunan hemoglobin, alkohol menyebabkan depresi pusat pernafasan.

d. Faktor Lingkungan

- 1) Tempat kerja (polusi)
- 2) Suhu lingkungan
- 3) Ketinggian tempat dari permukaan laut

e. Faktor Psikologi

Stres adalah kondisi dimana seseorang mengalami ketidakenakan oleh karena harus menyesuaikan diri dengan keadaan yang tidak dikehendaki (stresor). Stres akut biasanya terjadi oleh karena pengaruh stresor yang sangat berat, datang tiba-tiba, tidak terduga, tidak dapat mengelak, serta menimbulkan kebingungan untuk mengambil tindakan. Stres akut tidak hanya berdampak pada psikologisnya saja tetapi juga pada biologisnya, yaitu mempengaruhi sistem fisiologis tubuh, khususnya organ tubuh bagian dalam yang tidak dipengaruhi oleh kehendak kita. Jadi, stres tersebut berpengaruh terhadap organ yang disarafi oleh saraf otonom.

Hipotalamus membentuk rantai fungsional dengan kelenjar pituitari (hipofise) yang ada di otak bagian bawah. Bila terjadi stres, khususnya stres yang akut, dengan cepat rantai tersebut akan bereaksi dengan tujuan untuk mempertahankan diri dan mengadaptasi dengan cara dikeluarkannya adrenalin dari kelenjar adrenal tersebut. Nah, adrenalin inilah yang akan mempengaruhi alat dalam tubuh yang tidak dipengaruhi oleh kehendak kita. Terjadinya kegagalan dalam proses suplai oksigen ke organ-organ tersebut karena organ-organ tubuh dalam bekerja selalu membutuhkan oksigen secara teratur dalam jumlah yang cukup, dan oksigen tersebut' dibawa oleh darah yang mengalir ke organ-organ tersebut.

## **5. Jenis Pernapasan**

Menurut Hidayat & Uliyah (2015) jenis pernapasan dibagi menjadi dua yaitu :

### **a. Pernapasan Internal**

Merupakan proses terjadinya pertukaran gas antar sel jaringan dengan cairan disekitarnya yang sering melibatkan proses metabolisme tubuh, atau juga dapat dikatakan bahwa proses pernapasan ini diawali dengan darah yang telah menjenuh Hb-nya kemudian kemudian mengitari seluruh tubuh dan akhirnya mencapai kapiler dan bergerak sangat lambat.

### **b. Pernapasan Eksternal**

Pernapasan eksternal merupakan proses masuknya oksigen dan keluarnya karbondioksida dari tubuh. Proses pernapasan ini dimulai dari masuknya oksigen melalui hidung dan mulut pada waktu bernapas, kemudian oksigen masuk melalui trakea dan pipa bronkial ke alveoli, lalu oksigen akan menembus membran yang akan diikat oleh Hb sel darah merah dan dibawa ke jantung. Setelah itu sel darah merah di pompa keseluruh jaringan tubuh melalui pembuluh darah.



## 6. Pola Pernapasan

Tabel 2.1 Pola Pernafasan

Tipe/Pola	Frekuensi Pernafasan per menit	Makna Klinis
Eupneu	16 - 20	Normal
Takipnea	>35	Kegagalan pernafasan, Respon pada demam, Ansietas, Nafas pendek, Infeksi pernafasan
Bradipnea	<10	Tidur, Depresi pernafasan, Overdosis obat, Lesi sistem saraf
Apnea	Periode tidak bernafas berlangsung >5 detik	Dapat terjadi sebentar-sebentar seperti tidur apnea Gagal nafas
Kusmaul	Biasanya >35 dapat menjadi lambat atau normal	Pola takipnea berhubungan dengan ketoasidosis diabetikum, asidosis metabolik atau gagal ginjal
Ceyne-stokes	Variabel	Pola yang meningkat dan yang menurun disebabkan perubahan dalam status asam basa Masalah metabolik yang mendasari dan menderita neuroserebral
Biot	Variabel	Periode apnea dan nafas dangkal disebabkan gangguan sistem saraf pusat ditemukan pada beberapa klien sehat
Apneustik	Meningkat	Peningkatan waktu inspirasi dengan waktu ekspirasi bunyi ngorok ( <i>grunting</i> ) yang pendek: Terlihat pada lesi sistem saraf pusat pada pusat pernafasan

Sumber :(Haswita & Sulistyowati, 2017)

### a. Perubahan Fungsi Jantung

#### 1) Gangguan dalam konduksi

Contohnya: Disritmia yang berarti penyimpangan pada irama jantung sinus normal.

#### 2) Perubahan curah jantung

Contohnya: Gagal jantung yaitu kegagalan miokard untuk memompa volume darah dengan jumlah yang cukup untuk sirkulasi pulmonar dan sirkulasi sistemik.

3) Kerusakan fungsi katup

Contohnya: Penyakit katub jantung yaitu gangguan katub jantung yang didapat atau kongenital.

4) Iskemia miokard

Iskemia Miokard terjadi bila suplai darah ke miokard dari arteri koroner tidak cukup dalam memenuhi kebutuhan oksigen pada organ. Ada 2 manifestasi pada iskemia yaitu Angina pektoris dan infark miokard.

b. Perubahan Fungsi Pernafasan

1) Hiperventilasi

Hiperventilasi merupakan suatu kondisi ventilasi berlebih, yang dibutuhkan untuk mengeliminasi karbon dioksida normal di vena, yang diproduksi melalui metabolisme selular. Hiperventilasi dapat disebabkan oleh ansietas, infeksi, obat-obatan, ketidakseimbangan asam basa, hipoksia dikaitkan dengan embolus paru dan syok.

2) Hipoventilasi

Hipoventilasi terjadi ketika ventilasi alveolar tidak adekuat memenuhi kebutuhan oksigen tubuh atau mengeliminasi karbon dioksida secara adekuat. Sehingga apabila ventilasi alveolar menurun, maka  $PaCO_2$  akan meningkat. Hipoventilasi dapat disebabkan oleh atelektasis.

3) Hipoksia

Hipoksia adalah oksigenasi jaringan yang tidak adekuat pada tingkat jaringan. Kondisi ini terjadi akibat penghantaran oksigen atau penggunaan oksigen di selular. Hipoksia dapat disebabkan oleh :

- a) Penurunan kadar hemoglobin dan penurunan kapasitas darah yang membawa oksigen,
- b) Penurunan konsentrasi oksigen yang diinspirasi,
- c) Ketidakmampuan jaringan untuk mengambil oksigen dari darah, seperti keracunan sianida,

- d) Penurunan difusi oksigen dari alveoli ke darah, seperti pneumonia,
- e) Perfusi darah yang mengandung oksigen di jaringan yang buruk, seperti syok,
- f) Kerusakan ventilasi, seperti fraktur iga multipel atau trauma dada.

Tabel 2.2 Masalah Oksigenasi

Hiperventilasi	Hipoventilasi	Hipoksia
1. Takikardia	1. Pusing	1. Gelisah
2. Nafas Pendek	2. Nyeri kepala (daerah oksipital)	2. Rasa takut, ansietas
3. Nyeri dada	3. Letargi	3. Disorientasi
4. Pusing	4. Disorientasi	4. Penurunan kemampuan berkonsentrasi
5. Sakit kepala ringan	5. Penurunan kemampuan mengikuti instruksi	5. Penurunan tingkat kesadaran
6. Disorientasi	6. Distritmia jantung	6. Peningkatan kelelahan
7. Parestesia	7. Ketidakseimbangan elektrolit	7. Pusing
8. Baal (pada ekstremitas)	8. Konvulsi	8. Perubahan perilaku
9. Tinitus	9. Koma	9. Takikardia
10. Penglihatan yang kabur	10. Henti jantung	10. Takipnea
11. Tetani (spasme karpopedal)		11. Peningkatan TD
		12. Disritmia jantung
		13. Pucat
		14. Sianosis
		15. Clubbing finger
		16. Dispnea

Sumber : (Haswita & Sulistyowati, 2017)

## 7. Pemberian Oksigen

- a. Rumus pemberian oksigen

$$MV = VT \times RR$$

Keterangan:

MV = Minute Ventilation, udara masuk ke sistem pernafasan/menit

VT = Volume Tidal, 6-8 ml/kgBB

RR = Respiration Rate

Misalnya diketahui BB 50 Kg, RR 30x/menit

$$= (50 \text{ Kg} \times \{6-8 \text{ ml}\}) \times 30$$

$$= 9000 - 12.000 \text{ ml/menit atau } 9 - 12 \text{ L/menit}$$

Maka oksigen yang dapat diberikan pada pasien sebanyak 9 - 12 L/menit

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2021).

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) pengkajian merupakan tahap penting sebelum melakukan asuhan keperawatan. Pengkajian bertujuan untuk mendapatkan data-data tentang pasien sebelum menentukan rencana asuhan keperawatan yang akan diberikan. Pengkajian dilakukan dengan beberapa teknik yakni: (1) Wawancara: pengkajian yang dilakukan dengan memberikan beberapa pertanyaan pada pasien atau keluarga pasien, (2) Pengukuran: meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan, (3) Pemeriksaan fisik: pemeriksaan yang dilakukan dari kepala sampai kaki dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi untuk melihat adanya kelainan atau tidak.

Berikut ini pengkajian pada pasien strokenon hemoragik menurut Tarwoto (2013):

#### a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis.

#### b. Riwayat Kesehatan

##### 1) Keluhan utama

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

##### 2) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain

gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

4) Riwayat penyakit keluarga

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

c. Pemeriksaan Fisik

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan composmentis dengan GCS 13-15.

## 2) Tanda-tanda Vital

## a) Tekanan darah

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

## b) Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit

## c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas

## d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik

## 3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik

## 4) Wajah

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

## 5) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopakmata tidak oedema. Pada pemeriksaannervus II (optikus): biasanya luas pandang baik  $90^\circ$ , visus 6/6. Pada nervus

III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen): biasanya hasil yang di dapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

#### 6) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan – hidung.

#### 7) Mulut dan gigi

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

#### 8) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas.

## 9) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).

## 10) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal sonor

Auskultasi : biasanya suara normal vesikuler

## 11) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

## 12) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar

Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores, biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

## 13) Ekstremitas

## a) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra.

*Capillary Refill Time* (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik.

Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromner (+)).



## b) Bawah

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

## d. Pemeriksaan Pola Fungsional

## 1) Aktivitas dan Istirahat

Gejala : merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

Tanda : gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan pengelihatan, gangguan tingkat kesadaran.

## 2) Sirkulasi

Gejala : adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.

Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

## 3) Integritas Ego

Gejala : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa

Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

## 4) Eliminasi

Gejala : terjadi perubahan pola berkemih

Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

5) Makanan atau Cairan

Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah

Tanda : kesulitan menelan dan obesitas.

6) Neurosensori

Gejala : sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, pengelihan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

Tanda : status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kongnitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

7) Kenyamanan atau Nyeri

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

8) Pernapasan

Gejala : merokok

Tanda : ketidakmampuan menelan atau batuk , hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi.

9) Keamanan

Tanda : masalah dengan pengelihan, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan.

## 2. Diagnosis Keperawatan

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

Masalah keperawatan pada penderita Stroke menurut Nurarif & Kusuma (2015) yang telah disesuaikan dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016) yaitu:

Tabel 2.3 Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis	Penyebab / Faktor Risiko	Tanda & Gejala	
			Mayor	Minor
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif D.0017  <b>Definisi</b> Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keabnormalan masa protrombin dan atau tromboplastin parsial</li> <li>2. Penurunan kinerja ventrikel kiri</li> <li>3. Aterosklerosis aorta</li> <li>4. Diseksi arteri</li> <li>5. Fibrilasi atrium</li> <li>6. Tumor otak</li> <li>7. Stenosis karotis</li> <li>8. Miksoma atrium</li> <li>9. Aneurisma serebri</li> <li>10. Koagulopati (mis. anemia sel sabit)</li> <li>11. Dilatasi kardiomiopati</li> <li>12. Koagulopati intravaskuler diseminata</li> <li>13. Embolisme</li> <li>14. Cedera kepala</li> <li>15. Hiperkolesterone mia</li> <li>16. Hipertensi</li> <li>17. Endocarditis infeksi</li> <li>18. Katup prostetik mekanis</li> <li>19. Stenosis mitral</li> </ol>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>20. Neoplasma otak</li> <li>21. Infark miokard akut</li> <li>22. Sindrom sick sinus</li> <li>23. Penyalahgunaan zat</li> <li>24. Terapi trombolitik</li> <li>25. Efek samping tindakan (mis. tindaaka operasi bypass)</li> </ul>		
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik D.0054</p> <p><b>Definisi</b> Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2. Perubahan metabolisme</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> <li>5. Penurunan massa otot</li> <li>6. Penurunan kekuatan otot</li> <li>7. Keterlambatan perkembangan</li> <li>8. Kekakuan sendi</li> <li>9. Kontraktur</li> <li>10. Malnutrisi</li> <li>11. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>12. Gangguan neuromuskuler</li> <li>13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia</li> <li>14. Efek agen farmakologis</li> <li>15. Program pembatasan gerak</li> <li>16. Nyeri</li> <li>17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik</li> <li>18. Kecemasan</li> <li>19. Gangguan kognitif</li> <li>20. Keengganan melakukan pergerakan</li> <li>21. Gangguan sensoripersepsi</li> </ul>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ul> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) menurun</li> </ul>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ul> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi kaku</li> <li>2. Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>3. Gerakan terbatas</li> <li>4. Fisik lemah</li> </ul>

3	<p>Gangguan Komunikasi Verbal D.0119</p> <p><b>Definisi</b> Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan sirkulasi serebral</li> <li>2. Gangguan neuromuskuler</li> <li>3. Gangguan pendengaran</li> <li>4. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>5. Kelainan palatum</li> <li>6. Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)</li> <li>7. Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)</li> <li>8. Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).</li> <li>9. Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)</li> </ol>	<p>Subjektif (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu berbicara atau mendengar</li> <li>2. Menunjukkan respon tidak sesuai</li> </ol>	<p>Subjektif (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afasia</li> <li>2. Disfasia</li> <li>3. Apraksia</li> <li>4. Disleksia</li> <li>5. Disartria</li> <li>6. Afonia</li> <li>7. Dislalia</li> <li>8. Pelo</li> <li>9. Gagap</li> <li>10. Tidak ada kontak mata</li> <li>11. Sulit memahami komunikasi</li> <li>12. Sulit mempertahankan komunikasi</li> <li>13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh</li> <li>14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh</li> <li>15. Sulit menyusun kalimat</li> <li>16. Verbalisasi tidak tepat</li> <li>17. Sulit mengungkapkan kata-kata</li> <li>18. Disorientasi orang, ruang, waktu</li> <li>19. Defisit penglihatan</li> <li>20. Delusi</li> </ol>
4	<p>Defisit Perawatan Diri D.0109</p> <p><b>Definisi</b> Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>2. Gangguan neuromuskuler</li> <li>3. Kelemahan</li> <li>4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik</li> <li>5. Penurunan motivasi/ minat</li> </ol>	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menolak melakukan perawatan diri</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/</li> </ol>	<p>Subjektif (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif (Tidak tersedia)</p>

	aktivitas perawatan diri.		makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	
5	Risiko Defisit Nutrisi D.0032  <b>Definisi</b> Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme	1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)		
6	Gangguan Persepsi Sensori D.0085  <b>Definisi</b> Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berlebihan atau terdistorsi	1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penciuman 4. Gangguan perabaan 5. Hipoksia serebral 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemaparan toksin lingkungan	Subjektif 1. Mendengar suara bising atau melihat bayangan 2. Merasakan sensasi melalui indera perabaan, penciuman, penglihatan, atau pengecap  Objektif 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu	Subjektif 1. Menyatakan kesal  Objektif 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang dan situasi 5. Curiga 6. Melihat kesatu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri

Sumber: PPNI.

### 3. Rencana Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018). Luaran (*outcome*) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (PPNI, 2019).

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Menurut SDKI

No	Diagnosis	Intervensi utama	Intervensi pendukung
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif D.0017	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu</li> <li>5. Monitor PAWP, jika perlu</li> <li>6. Monitor PAP, jika perlu</li> <li>7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia</li> <li>8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)</li> <li>9. Monitor gelombang ICP</li> <li>10. Monitor status pernapasan</li> <li>11. Monitor intake dan output cairan</li> <li>12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>14. Berikan posisi head up 30°</li> <li>15. Hindari manuver Valsava</li> <li>16. Cegah terjadinya kejang</li> <li>17. Hindari penggunaan PEEP</li> <li>18. Hindari pemberian cairan IV</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi Diet (I.12369)</li> <li>2. Edukasi Program Pengobatan (I.12441)</li> <li>3. Edukasi Prosedur Tindakan (I.12442)</li> <li>4. Konsultasi via Telepon (I.12462)</li> <li>5. Manajemen Alat Pacu Jantung Permanen (I.02032)</li> <li>6. Manajemen Alat Pacu Jantung Sementara (I.02033)</li> <li>7. Manajemen Defibrilasi (I.02038)</li> <li>8. Manajemen Kejang (I.06193)</li> <li>9. Manajemen Medikasi (I.14517)</li> <li>10. Manajemen Trombolitik (I.02055)</li> <li>11. Pemantauan Hemodinamik Invasif (I.02058)</li> <li>12. Pemantauan Neurologis (I.06197)</li> <li>13. Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</li> <li>14. Pemberian Obat (I.02062)</li> <li>15. Pemberian Obat Inhalasi (I.01015)</li> <li>16. Pemberian Obat Intradermal (I.14531)</li> <li>17. Pemberian Obat Intravena (I.02065)</li> <li>18. Pemberian Obat Ventrikular (I.06200)</li> <li>19. Pencegahan Emboli</li> </ol>

	<p>hipotonik</p> <p>19. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</p> <p>20. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi</p> <p>21. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</p> <p>22. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>23. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p> <p><b>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi, aliran cairan serebrospinal, hipertensi, intrakranial idiopatik)</li> <li>2. Monitor peningkatan TD</li> <li>3. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>4. Monitor penurunan frekuensi jantung</li> <li>5. Monitor iregularitas irama napas</li> <li>6. Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>7. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</li> <li>8. Monitor kadar CO<sub>2</sub> dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan</li> <li>9. Monitor tekanan perfusi serebral</li> <li>10. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</li> <li>11. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal</li> <li>13. Kalibrasi transduser</li> <li>14. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan</li> <li>15. Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>16. Bilas sistem pemantauan, jika perlu</li> <li>17. Atur interval pemantauan</li> </ol>	<p>(I.02066)</p> <p>20. Pencegahan Perdarahan (I.02067)</p> <p>21. Pengontrolan Infeksi (I.14451)</p> <p>22. Perawatan Emboli Paru (I.02074)</p> <p>23. Perawatan Emboli Perifer (I.02074)</p> <p>24. Perawatan Jantung (I.02075)</p> <p>25. Perawatan Jantung Akut (I.02076)</p> <p>26. Perawatan Neurovaskuler (I.06204)</p> <p>27. Perawatan Sirkulasi (I.14570)</p> <p>28. Surveilans (I.14582)</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



		<p>sesuai kondisi pasien</p> <p>18. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>19. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>20. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>	
2	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	<p><b>Dukungan Ambulasi (I.06171)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)</li> <li>6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>9. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol> <p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)</li> <li>6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)</li> <li>2. Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</li> <li>3. Dukungan Perawatan Diri BAB/BAK (I.11349)</li> <li>4. Dukungan Perawatan Diri Berpakaian (I.11350)</li> <li>5. Dukungan Perawatan Diri Makan atau Minum (I.11351)</li> <li>6. Dukungan Perawatan Diri Mandi (I.11352)</li> <li>7. Edukasi Latihan Fisik (I.12389)</li> <li>8. Edukasi Teknik Ambulasi (I.12450)</li> <li>9. Edukasi Teknik Transfer (I.12453)</li> <li>10. Konsultasi via Telepon (I.12462)</li> <li>11. Latihan Otogenik (I.08236)</li> <li>12. Manajemen Energi (I.05178)</li> <li>13. Manajemen Lingkungan (I.14514)</li> <li>14. Manajemen Mood (I.09289)</li> <li>15. Manajemen Nutrisi (I.03119)</li> <li>16. Manajemen Nyeri (I.08238)</li> <li>17. Manajemen Medikasi (I.14517)</li> <li>18. Manajemen Program Latihan (I.05179)</li> <li>19. Manajemen Sensasi Perifer (I.06195)</li> <li>20. Pemantauan Neurologis (I.06197)</li> <li>21. Pemberian Obat (I.02062)</li> <li>22. Pemberian Obat Intravena (I.02065)</li> <li>23. Pembidaian (I.05180)</li> </ol>

		<p>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	<p>24. Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>25. Pencegahan Luka Tekan (I.14543)</p> <p>26. Pengaturan Posisi (I.01019)</p> <p>27. Pengekangan Fisik (I.09300)</p> <p>28. Perawatan Kaki (I.11354)</p> <p>29. Perawatan Sirkulasi (I.14570)</p> <p>30. Perawatan Tirah Baring (I.14572)</p> <p>31. Perawatan Traksi (I.05182)</p> <p>32. Promosi Berat Badan (I.03136)</p> <p>33. Promosi Kepatuhan Program Latihan (I.12469)</p> <p>34. Promosi Latihan Fisik (I.05183)</p> <p>35. Teknik Latihan Penguatan Otot (I.05184)</p> <p>36. Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185)</p> <p>37. Terapi Aktivitas (I.05186)</p> <p>38. Terapi Pemijatan (I.08251)</p> <p>39. Terapi Relaksasi Otot Progresif (I.05187)</p>
3	Gangguan Komunikasi Verbal D. 0119	<p><b>Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492)</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)</p> <p>3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi)</p>	<p>1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)</p> <p>2. Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265)</p> <p>3. Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>4. Latihan Memori (I.06188)</p> <p>5. Manajemen Dimensia (I.09286)</p> <p>6. Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>7. Manajemen Lingkungan (I.14514)</p> <p>8. Manajemen Medikasi (I.14517)</p> <p>9. Perawatan Telinga (I.06206)</p> <p>10. Reduksi Ansietas</p>

	<p>dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</li> <li>7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</li> <li>8. Ulangi apa yang disampaikan pasien</li> <li>9. Berikan dukungan psikologis</li> <li>10. Gunakan juru bicara, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Anjurkan berbicara perlahan</li> <li>12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</li> </ol> <p><b>Promosi Komunikasi Defisit Pendengaran (I.13493)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa kemampuan pendengaran</li> <li>2. Monitor akumulasi serumen berlebih</li> <li>3. Identifikasi metode komunikasi yang disukai pasien (mis. lisan, tulisan, gerakan bibir, bahasa isyarat)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Gunakan Bahasa sederhana</li> <li>5. Gunakan bahasa isyarat, jika perlu</li> <li>6. Verifikasi apa yang dikatakan atau ditulis pasien</li> <li>7. Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar</li> <li>8. Berhadapan dengan pasien secara langsung selama berkomunikasi</li> <li>9. Pertahankan kontak mata selama berkomunikasi</li> <li>10. Hindari merokok, mengunyah makanan atau permen karet,</li> </ol>	<p>(I.09134)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Terapi Seni (I.09329)</li> <li>12. Terapi Sentuhan (I.09330)</li> <li>13. Terapi Validasi (I.09332)</li> </ol>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>dan menutup mulut saat berbicara</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Hindari kebisingan saat berkomunikasi</li> <li>12. Hindari berkomunikasi lebih dari 1 m dari pasien</li> <li>13. Lakukan irigasi telinga, jika perlu</li> <li>14. Pertahankan kebersihan telinga</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Anjurkan menyampaikan pesan dengan isyarat</li> <li>16. Ajarkan cara membersihkan serumen dengan tepat</li> </ol> <p><b>Promosi Komunikasi Defisit Visual (I.13494)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa kemampuan penglihatan</li> <li>2. Monitor dampak gangguan penglihatan (mis. risiko cedera, depresi, kegelisahan, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Fasilitasi peningkatan stimulasi indra lainnya (mis. aroma, rasa, tekstur makanan)</li> <li>4. Pastikan kaca mata atau lensa kontak berfungsi dengan baik</li> <li>5. Sediakan pencahayaan cukup</li> <li>6. Berikan bacaan dengan huruf besar</li> <li>7. Hindari penataan letak lingkungan tanpa memberitahu</li> <li>8. Sediakan alat bantu (mis. jam, telepon)</li> <li>9. Fasilitasi membaca surat, surat kabar atau media informasi lainnya</li> <li>10. Gunakan warna terang dan kontras di lingkungan</li> <li>11. Sediakan kaca pembesar, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Jelaskan lingkungan pada pasien</li> <li>13. Ajarkan keluarga cara membantu pasien berkomunikasi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Rujuk pasien pada terapis, jika perlu</li> </ol>	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4	Risiko Defisit Nutrisi D.0032	<p><b>Manajemen Gangguan Makan (I.03111)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Timbang berat badan secara rutin</li> <li>3. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai</li> <li>4. Lakukan kontrak perilaku (mis. target berat badan, tanggung jawab perilaku)</li> <li>5. Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan</li> <li>6. Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku</li> <li>7. Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak</li> <li>8. Rencanakan program pengolahan untuk perawatan di rumah (mis. medis, konseling)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebih)</li> <li>10. Ajarkan pengaturan diet yang tepat</li> <li>11. Ajarkan keterampilan kopi untuk penyelesaian masalah perilaku makan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makanan</li> </ol> <p><b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi Berat Badan Efektif (I.12365)</li> <li>2. Edukasi Diet (I.12369)</li> <li>3. Edukasi Nutrisi (I.12395)</li> <li>4. Edukasi Nutrisi Anak (I.12396)</li> <li>5. Edukasi Nutrisi Bayi (I.12397)</li> <li>6. Edukasi Nutrisi Parenteral (I.12398)</li> <li>7. Identifikasi Risiko (I.14502)</li> <li>8. Konseling Laktasi (I.03093)</li> <li>9. Konseling Nutrisi (I.03094)</li> <li>10. Manajemen Cairan (I.03098)</li> <li>11. Manajemen Dimensia (I.09286)</li> <li>12. Manajemen Diare (I.03101)</li> <li>13. Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151)X</li> <li>14. Manajemen Energi (I.05178)</li> <li>15. Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</li> <li>16. Manajemen Hipoglikemia (I.03115)</li> <li>17. Manajemen Kemoterapi (I.14511)</li> <li>18. Manajemen Reaksi Alergi (I.14520)</li> <li>19. Pemantauan Cairan (I.03121)</li> <li>20. Pemantauan Nutrisi (I.03123)</li> <li>21. Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</li> <li>22. Pemberian Makanan (I.03125)</li> <li>23. Pemberian Makanan Enteral (I.03126)</li> <li>24. Pemberian Makanan Parenteral (I.03127)</li> <li>25. Promosi Berat Badan (I.03136)</li> <li>26. Terapi Menelan (I.03144)</li> </ol>
---	----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu</li> <li>10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)</li> <li>11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>14. Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>17. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu</li> <li>19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ol>	
5	Defisit Perawatan Diri D.0109	<p><b>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</li> <li>5. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan Emosional (I.09256)</li> <li>2. Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265)</li> <li>3. Dukungan Tanggung Jawab pada Diri Sendiri (I.09277)</li> <li>4. Kontrol Perilaku Positif (I.09282)</li> <li>5. Manajemen Dimensia (I.09286)</li> <li>6. Manajemen Energi (I.05178)</li> <li>7. Manajemen Lingkungan (I.14514)</li> <li>8. Manajemen Nutrisi (I.03119)</li> </ol>

	<p>6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK (I.11349)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</li> <li>2. Monitor integritas kulit pasien</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi</li> <li>4. Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten</li> <li>5. Jaga privasi selama eliminasi</li> <li>6. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, Jika perlu</li> <li>7. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan</li> <li>8. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, Jika perlu</li> <li>9. Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), Jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Anjurkan BAK/ BABsecara rutin</li> <li>11. Anjurkan ke kamar mandi atau toilet, Jika perlu</li> </ol> <p><b>Dukungan Perawatan Diri Berpakaian (I.11350)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian atau berhias</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau</li> <li>3. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Fasilitasi mengenakan pakaian, Jika perlu</li> <li>5. Fasilitasi berhias (mis.menyisir rambut,</li> </ol>	<p>9. Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>10. Pemberian Makanan (I.03125)</p> <p>11. Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>12. Penentuan Tujuan Bersama (I.12464)</p> <p>13. Pengaturan Posisi (I.01019)</p> <p>14. Perawatan Kaki (I.11354)</p> <p>15. Perawatan Kuku (I.11355)</p> <p>16. Perawatan Lensa Kontak (I.06202)</p> <p>17. Perawatan Mata (I.06203)</p> <p>18. Perawatan Mulut (I.11356)</p> <p>19. Perawatan Perineum (I.07226)</p> <p>20. Perawatan Rambut (I.11357)</p> <p>21. Perawatan Telinga (I.06206)</p> <p>22. Promosi Citra Tubuh (I.09305)</p> <p>23. Promosi Harga Diri (I.09308)</p> <p>24. Promosi Komunikasi Defisit Pendengaran (I.13493)</p> <p>25. Promosi Komunikasi Defisit Visual (I.13494)</p> <p>26. Promosi Latihan Fisik (I.05183)</p> <p>27. Reduksi Ansietas (I.09134)</p> <p>28. Terapi Menelan (I.03144)</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>merapikan kumis atau jenggot)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jaga privasi selama berpakaian</li> <li>7. Tawarkan untuk laundry, Jika perlu</li> <li>8. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Satu informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, Jika perlu</li> <li>10. Ajarkan menggunakan pakaian, Jika perlu</li> </ol> <p><b>Dukungan Perawatan Diri: Makan atau Minum (I.11351)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi diet yang dianjurkan</li> <li>2. Monitor kemampuan menelan</li> <li>3. Monitor status hidrasi pasien, Jika perlu</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan</li> <li>5. Atur posisi yang nyaman untuk makan atau minum</li> <li>6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, Jika perlu</li> <li>7. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat</li> <li>8. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan</li> <li>9. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan</li> <li>10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai</li> <li>11. Berikan bantuan saat makan atau minum sesuai tingkat kemandirian, Jika perlu</li> <li>12. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam ( mis. sayur jam 12, rendang di jam 3)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Kolaborasi pemberian obat ( mis. analgesik, antiemetik), sesuai indikasi</li> </ol>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



		<p><b>Dukungan Perawatan Diri Mandi (I.11352)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri</li> <li>2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>3. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku )</li> <li>4. Monitor integritas kulit</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kuli)</li> <li>6. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>7. Fasilitas menggosok gigi, sesuai kebutuhan</li> <li>8. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</li> <li>9. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</li> <li>10. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</li> <li>12. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, Jika perlu</li> </ol>	
6	Gangguan Persepsi Sensori D.0085	<p><b>Manajemen Halusinasi (I.09288)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi</li> <li>2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan</li> <li>3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pertahankan lingkungan yang aman</li> <li>5. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengkekangan fisik, seklusi)</li> <li>6. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi</li> <li>7. Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan Pelaksanaan Ibadah (I.09262)</li> <li>2. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan (I.09266)</li> <li>3. Edukasi Perawatan Diri (I.12420)</li> <li>4. Edukasi Teknik Mengingat (I.12451)</li> <li>5. Limit Setting (I.09285)</li> <li>6. Manajemen Delirium (I.06189)</li> <li>7. Manajemen Dimensia (I.09286)</li> <li>8. Manajemen Mood (I.09289)</li> <li>9. Manajemen Penyalahgunaan Zat (I.09291)</li> <li>10. Manajemen Perilaku (I.12463)</li> <li>11. Manajemen Stres (I.09293)</li> <li>12. Pencegahan Bunuh Diri</li> </ol>

	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</li> <li>9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</li> <li>10. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)</li> <li>11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas Jika perlu</li> </ol> <p><b>Minimalisasi Rangsangan (I.08241)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa status mental status sensori dan tingkat kenyamanan misalnya nyeri kelelahan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang)</li> <li>3. Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas)</li> <li>4. Jadwalkan aktivitas harian waktu istirahat</li> <li>5. Kombinasi prosedur atau tindakan satu waktu, sesuai kebutuhan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur atau tindakan</li> <li>8. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus</li> </ol> <p><b>Pengekangan Kimiawi (I.09301)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan untuk dilakukan pengekangan (mis. agitasi, kekerasan)</li> <li>2. Monitor riwayat pengobatan</li> </ol>	<p>(I.14538)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)</li> <li>14. Promosi perawatan diri</li> <li>15. Restrukturisasi Kognitif (I.06207)</li> <li>16. Skrining Penganiayaan atau Perkusi (I.14582)</li> <li>17. Skrining Penyalahgunaan Zat (I.09316)</li> <li>18. Teknik Menenangkan (I.08248)</li> <li>19. Terapi Aktivitas (I.05186)</li> <li>20. Terapi Kelompok (I.13500)</li> <li>21. Terapi Kognitif Perilaku (I.09323)</li> <li>22. Terapi Relaksasi (I.09326)</li> </ol>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>dan alergi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor respon sebelum dan sesudah pengekangan</li> <li>4. Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala</li> <li>5. Monitor kebutuhan nutrisi, cairan dan eliminasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Lakukan supervisi dan surveilensi dalam memonitor tindakan</li> <li>7. Beri posisi nyaman untuk mencegah aspirasi dan kerusakan kulit</li> <li>8. Ubah posisi tubuh secara periodik</li> <li>9. Libatkan pasien dan atau keluarga dalam membuat keputusan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Jelaskan tujuan dan prosedur pengekangan</li> <li>11. Latihan rentang gerak sendi sesuai kondisi pasien</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Kolaborasi pemberian agen psikotropika untuk pengekangan kimiawi</li> </ol>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Sumber: PPNI

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Menurut NANDA NIC-NOC

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p><b>Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak</b></p> <p><b>Definisi:</b> Berisiko mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Circulation status</li> <li>2. Tissue Prefusion : cerebral</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan:</li> <li>2. Tekanan systole dandiastole dalam rentang yang diharapkan</li> <li>3. Tidak ada ortostatikhipertensi</li> <li>4. Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Peripheral Sensation Management</b></p> <p><b>(Manajemen sensasi perifer)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas / dingin / tajam / tumpul</li> <li>2. Monitor adanya parestese</li> <li>3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada Iesi atau</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Massa tromboplastin parsial abnormal</li> <li>2. Massa protrombin abnormal</li> <li>3. Sekmen ventrikel kiri akinetik</li> <li>4. Ateroklerosis aerotik</li> <li>5. Diseksi arteri</li> <li>6. Fibrilasi atrium</li> <li>7. Miksoma atrium</li> <li>8. Tumor otak</li> <li>9. Stenosis karotid</li> <li>10. Aneurisme serebri</li> <li>11. Koagulopati (mis., anemia sel sabit)</li> <li>12. Kardiomiopati dilatasi</li> <li>13. Koagulasi intravaskular diseminata</li> <li>14. Embolisme</li> <li>15. Trauma kepala</li> <li>16. Hierkolesterolemia</li> <li>17. Hipertensi</li> <li>18. Endokarditis infeksi</li> <li>19. Katup prostetik mekanis</li> <li>20. Stenosis mitral</li> <li>21. Neoplasma otak</li> <li>22. Baru terjadi infak miokardiumn</li> <li>23. Sindrom sick sinus</li> <li>24. Penyalahgunaan zat</li> <li>25. Terapi trobolitik</li> <li>26. Efek sampig terkait terapi (bypass kardiopulmunal, obat)</li> </ol>	<p>intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:</li> <li>6. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan</li> <li>7. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi</li> <li>8. Memproses informasi</li> <li>9. Membuat keputusan dengan benar</li> <li>10. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan involunter</li> </ol>	<p>laserasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi</li> <li>5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung</li> <li>6. Monitor kemampuan BAB</li> <li>7. Kolaborasi pemberian analgetik</li> <li>8. Monitor adanya tromboplebitis</li> <li>9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi</li> </ol>
<b>2</b>	<b>Hambatan mobilitas fisik</b>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Joint Movement: Active</li> <li>2. Mobility Level</li> <li>3. Self care: ADLS</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Exercise therapy: ambulation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring vital</li> </ol>

<p><b>Definisi:</b></p> <p>Keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan waktu reaksi</li> <li>2. Kesulitan membolak-balik posisi</li> <li>3. Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, focus pada ketunadayaan/aktivitas</li> <li>4. sebelum sakit)</li> <li>5. Dispnea setelah beraktivitas</li> <li>6. Perubahan cara berjalan</li> <li>7. Gerakan bergetar</li> <li>8. Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus</li> <li>9. Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar</li> <li>10. Keterbatasan rentang pergerakan sendi</li> <li>11. Tremor akibat pergerakan</li> <li>12. Ketidakstabilan postur</li> </ol>	<p>4. Transfer performance</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>4. Memperagakan penggunaan alat</li> <li>5. Bantu untuk mobilisasi (walker)</li> </ol>	<p>sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</li> <li>3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</li> <li>4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</li> <li>5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLS secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLS pasien.</li> <li>8. Berikan alat bantu jika klien memerlukan.</li> <li>9. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperiukan</li> </ol>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>13. Pergerakan lambat</p> <p>14. Pergerakan tidak terkoordinasi</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intoleransi aktivitas</li> <li>2. Perubahan metabolisme selular</li> <li>3. Ansietas</li> <li>4. Indeks masa tubuh diatas perentil ke-75 sesuai usia</li> <li>5. Gangguan kognitif</li> <li>6. Konstraktur</li> <li>7. Kepercayaan budaya tentang aktivitas sesuai usia</li> <li>8. Fisik tidak bugar</li> <li>9. Penurunan ketahanan tubuh</li> <li>10. Penurunan kendali otot</li> <li>11. Penuruan massa otot</li> <li>12. Malnutris</li> <li>13. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>14. Gangguan neuromuskular, Nyeri</li> <li>15. Agens obat</li> <li>16. Penurunan kekuatan otot</li> <li>17. Kurang pengetahuan tentang aktivitas fisik</li> <li>18. Keadaan mood depresif</li> <li>19. Keterlambatan perkembangan</li> <li>20. Ketidaknyamanan</li> <li>21. Disuse, Kaku sendi</li> <li>22. Kurang dukungan lingkungan</li> </ol>		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>(mis., fisik atau sosial)</p> <p>23. Keterbatasan ketahanan kardiovaskular</p> <p>24. Kerusakan integritas struktur tulang</p> <p>25. Program pembatasan gerak</p> <p>26. Keengganan memulai pergerakan</p> <p>27. Gaya hidup monoton</p> <p>28. Gangguan sensori perseptual</p>		
3	<p><b>Hambatan komunikasi verbal</b></p> <p><b>Definisi:</b></p> <p>penurunan, kelambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada kontak mata</li> <li>2. Tidak dapat bicara</li> <li>3. Kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal (mis; afasia, disfasia, apraksia, disleksia)</li> <li>4. Kesulitan menyusun kalimat</li> <li>5. Kesulitan menyusun kata-</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anxiety self control</li> <li>2. Coping</li> <li>3. Sensory function: hearing &amp; vision</li> <li>4. Fear self control</li> </ol> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi: penerimaan, intepretasi dan ekspresi pesan</li> <li>2. Lisan, tulisan, dan non verbal meningkat</li> <li>3. Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara): ekspresi pesan verbal dan atau non verbal yang bermakna</li> <li>4. Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar) penerimaan komunikasi dan intepretasi pesan verbal dan/atau non verbal</li> <li>5. Gerakan Terkoordinasi: mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat</li> <li>6. Pengolahan informasi: klien mampu untuk memperoleh, mengatur, dan menggunakan informasi</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Communication Enhancement:Speech Defisit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunkan penerjemah, jika diperlukan</li> <li>2. Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan</li> <li>3. Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi wicara</li> <li>4. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan</li> <li>5. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>6. Berdiri didepan pasien ketika berbicara</li> <li>7. Gunakan kartu baca., kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal</li> <li>8. Ajarkan bicara dari</li> </ol>

<p>kata (mis; afonia, dislalia, disartria)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kesulitan memahami pola komunikasi yang biasa</li> <li>7. Kesulitan dalam kehadiran tertentu</li> <li>8. Kesulitan menggunakan ekspresi wajah</li> <li>9. Disorientasi orang</li> <li>10. Disorientasi ruang</li> <li>11. Disorientasi waktu</li> <li>12. Tidak bicara</li> <li>13. Dispnea</li> <li>14. Ketidakmampuan bicara dalam bahasa pemberi asuhan</li> <li>15. Ketidakmampuan menggunakan ekspresi tubuh</li> <li>16. Ketidakmampuan menggunakan ekspresi wajah</li> <li>17. Ketidaktepatan verbalisasi</li> <li>18. Defisit visual parsial</li> <li>19. Pelo</li> <li>20. Sulit bicara</li> <li>21. Gagap</li> <li>22. Defisit penglihatan total</li> <li>23. Bicara dengan kesulitan</li> <li>24. Menolak bicara</li> </ol> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketiadaan orang terdekat</li> <li>2. Perubahan konsep diri</li> <li>3. Perubahan sistem saraf pusat</li> <li>4. Defek anatomis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara</li> <li>8. Mampu memajemen kemampuan fisik yang dimiliki</li> <li>9. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial</li> </ol>	<p>esophagus, jika diperlukan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara (misalnya prostesi trakeoesofagus dan laring buatan)</li> <li>10. Berikan pujian positive, jika diperlukan</li> <li>11. Anjurkan pada pertemuan kelompok</li> <li>12. Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk member stimulus komunikasi</li> <li>13. Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat)</li> </ol> <p><b>Communication Enhancement:Hearing Defisit</b></p> <p><b>Communication Enhancement:Visual Defisit</b></p> <p><b>Anxiety Reduction</b></p> <p><b>Active Listening</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>(mis: celah palatum, perubahan neuromuskular pada sistem penglihatan, pendengaran, dan aparatus fonatori)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Tumor otak</li> <li>6. Harga diri rendah kronik</li> <li>7. Perubahan harga diri</li> <li>8. Perbedaan budaya</li> <li>9. Penurunan sirkulasi ke otak</li> <li>10. Perbedaan yang berhubungan dengan usia perkembangan</li> <li>11. Gangguan emosi</li> <li>12. Kendala lingkungan</li> <li>13. Kurang informasi</li> <li>14. Hambatan fisik (mis; trakeostomi, intubasi)</li> <li>15. Kondisi psikologi (mis: psikosis, kurang stimulus)</li> <li>16. Harga diri rendah situasional</li> <li>17. Stress</li> <li>18. Efek samping obat (mis: agens farmaseutikal)</li> <li>19. Pelemahan sistem musculoskeletal</li> </ol>		
4	<p><b>Defisit perawatan diri berpakaian</b></p> <p><b>Definisi:</b></p> <p>Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan</p>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Self Care Status</li> <li>2. Self care Dressing</li> <li>3. Activity Tolerance</li> <li>4. Fatigue level</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Self Care Assistance: Dressing/Grooming</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tingkat kekuatan dan toleransi aktivitas</li> <li>2. Pantau peningkatan dan penurunan kemampuan untuk</li> </ol>

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

	<p>memasang kaus kaki</p> <p>16. Hambatan melepas pakaian</p> <p>17. Hambatan melepas sepatu</p> <p>18. Hambatan melepas kaus kaki</p> <p>19. Hambatan menggunakan alat batu</p> <p>20. Hambatan menggunakan resleting</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kognitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Ketidaknyamanan</li> <li>4. Kendala lingkungan</li> <li>5. Kelelahan dan kelemahan</li> <li>6. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>7. Gangguan neuromuskular</li> <li>8. Nyeri</li> <li>9. Gangguan persepsi</li> <li>10. Ansietas berat</li> </ol>		bantu
5	<p><b>Defisit perawatan diri eliminasi</b></p> <p><b>Definisi:</b></p> <p>Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri</p>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activity Intolerance</li> <li>2. Mobility: physical impaired</li> <li>3. Fatigue level</li> <li>4. Anxiety self control</li> <li>5. Ambulation</li> <li>6. Self care Defisit Toileting</li> <li>7. self Care Defisit Hygiene</li> <li>8. Urinary incontinence: functional</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Self-Care Assistance: Toileting</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>3. Lepaskan pakaian yang penting untuk memungkinkan</li> </ol>

	<p><b>Batasan Karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat</li> <li>2. Ketidakmampuan menyiram toilet atau kursi buang air (commode)</li> <li>3. Ketidakmampuan naik ketoilet atau commode</li> <li>4. Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi</li> <li>5. Ketidakmampuan berdiri dari toilet atau commode</li> <li>6. Ketidakmampuan untuk duduk di toilet atau commode</li> </ol> <p><b>Faktor yang Berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kognitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Kendala lingkungan</li> <li>4. Keletihan</li> <li>5. Hambatan mobilitas</li> <li>6. Hambatan kemampuan berpindah</li> <li>7. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>8. Gangguan neuromuskular</li> <li>9. Nyeri</li> <li>10. Sangguan persepsi</li> <li>11. Ansietas berat</li> <li>12. Kelemahan</li> </ol>	<p><b>Kriteri hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengetahuan perawatan Ostomy tingkat pemahaman yang ditunjukkan tentang pemeliharaan ostomi untuk eliminasi</li> <li>2. Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi untuk mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>3. Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>4. Perawatan diri higine mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>5. Perawatan diri Eliminasi mampu untuk melakukan aktivitas eliminasi secara mandiri atau tanpa alat bantu</li> <li>6. Mampu duduk dan turun dari kloset</li> <li>7. Membersihkan diri setelah eliminasi</li> <li>8. Mengenali dan mengetahui kebutuhan bantuan untuk eliminasi</li> </ol>	<p>penghapusan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membantu pasien ke toilet / commode / bedpan fraktur pan/ urinoir pada selang waktu tertentu</li> <li>5. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi</li> <li>6. Menyediakan privasi selama eliminasi</li> <li>7. Memfasilitasi kebersihan toilet setelah selesai eliminasi</li> <li>8. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi</li> <li>9. Menyiram toilet/membersihkan penghapusan alat (commode, pispot</li> <li>10. Memulal jadwal ke toilet, sesua</li> <li>11. Memulai pasien/tepat lain dalam toilet rutin</li> <li>12. Memulai mengelingi kamar mandi, sesuai dan dibutuhkan</li> <li>13. Menyediakan alat bantu (misalnya, kateter eksternal atau urinal), sesuai kebutuhan</li> <li>14. Memantau integritas kulit pasien</li> </ol>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6	<p><b>Defisit perawatan diri makan</b></p> <p><b>Definisi:</b> Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan sendiri</p> <p><b>Batasan Karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan mengambil makanan dan memasukkan kemulut</li> <li>2. Ketidakmampuan mengunyah makanan</li> <li>3. Ketidakmampuan menghabiskan makanan</li> <li>4. Ketidakmampuan menempatkan makanan keperlengkapan makanan</li> <li>5. Ketidakmampuan menggunakan perlengkapan makanan</li> <li>6. Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima secara sosial</li> <li>7. Ketidakmampuan memakan makanan dengan aman</li> <li>8. Ketidakmampuan makan makanan dalam jumlah memadai</li> <li>9. Ketidakmampuan memanipulasi makanan dalam mulut</li> <li>10. Ketidakmampuan</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activity Intolerance</li> <li>2. Mobility: physical impaired</li> <li>3. Self Care Defisit Hygiene</li> <li>4. Self Care Defisit Feeding</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status nutrisi: ketersediaan zat gizi untuk memenuhi kebutuhan metabolik</li> <li>2. Status Nutrisi: Asupan Makanan dan</li> <li>3. Cairan: kuantitas makanan dan cairan yang di asup ke dalam tubuh selama periode 24 jam</li> <li>4. Perawatan diri Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>5. Perawatan Diri: Makan:</li> <li>6. Kemampuan untuk menyiapkan dan memakan makanan dan cairan secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>7. Status menelan perjalanan makanan padat atau cairan secara aman dari mulut ke lambung</li> <li>8. Mampu makan secara mandiri</li> <li>9. Mengungkapkan kepuasan makan dan terhadap kemampuan untuk makan sendiri</li> <li>10. Menerima suapan dari pemberi asuhan</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Self-Care Assistance: Feeding</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pasien kemampuan untuk menelan</li> <li>2. Identifikasi diet yang diresepkan</li> <li>3. Mengatur nampan makanan dan meja menarik</li> <li>4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan (misalnya, pispot menempatkan, urinal, dan peralatan penyedotan keluar dari pandangan)</li> <li>5. Pastikan posisi pasien yang tepat untuk memfasilitasi mengunyah dan menelan</li> <li>6. Memberikan bantuan fisik, sesuai kebutuhan</li> <li>7. Menyediakan untuk menghilangkan rasa sakit yang memadai sebelum makan, sesuai kebutuhan</li> <li>8. Menyediakan kesehatan mulut sebelum makan</li> <li>9. Perbaiki makanan di nampan, yang diperlukan, seperti memotong daging atau mengupas telur</li> <li>10. Buka makanan kemasan</li> <li>11. Hindari menempatkan makanan di sisi seseorang yang buta</li> <li>12. Jelaskan lokasi makanan di atas nampan untuk orang dengan gangguan penglihatan</li> <li>13. Tempatkan pasien dalam posisi nyaman makan</li> <li>14. Lindungi dengan</li> </ol>
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>n membuka wadah makanan</p> <p>11. Ketidakmampuan mengambil gelas atau cangkir</p> <p>12. Ketidakmampuan menyiapkan makanan untuk dimakan</p> <p>13. Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p>14. Ketidakmampuan menggunakan alat bantu</p> <p><b>Faktor yang Berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kognitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Ketidakyamanan</li> <li>4. Kendala lingkungan</li> <li>5. Kelelahan</li> <li>6. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>7. Gangguan neuromuskular</li> <li>8. Nyeri</li> <li>9. Gangguan persepsi</li> <li>10. Ansietas berat</li> <li>11. Kelemahan</li> </ol>		<p>bib/kain alas dada, sesuai kebutuhan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Menyediakan sedotan, sesuai kebutuhan atau yang diinginkan</li> <li>16. Menyediakan makanan pada suhu yang paling selera</li> <li>17. Menyediakan makanan dan minuman yang disukai, sesuai kebutuhan</li> <li>18. Memantau berat badan pasien, yang sesuai</li> <li>19. Memonitor status hidrasi pasien, sesuai kebutuhan</li> <li>20. Dorong pasien untuk makan di ruang makan, jika tersedia</li> <li>21. Menyediakan interaksi sosial yang sesuai</li> <li>22. Menyediakan perangkat adaptif untuk memfasilitasi diri makan pasien (misalnya, panjang menangani, menangani dengan lingkaran yang besar, atau tali kecil pada peralatan), sesuai kebutuhan</li> <li>23. kebutuhan</li> <li>24. Menggunakan cangkir dengan pegangan yang besar, jika perlu</li> <li>25. Gunakan piring yang berbahan tidak mudah pecah</li> <li>26. Memberikan isyarat sering dan pengawasan yang ketat</li> </ol>
7	<p><b>Defisit perawatan diri mandi</b></p> <p><b>Definisi:</b> Hambatan</p>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activity Intolerance</li> <li>2. Mobility: physical impaired</li> <li>3. Self Care Defisit Hygiene</li> <li>4. Sensory perception,</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Self-Care Assistance: Bathing/Hygiene</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan</li> </ol>

<p>kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi</li> <li>2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> <li>3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>4. Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> <li>5. Ketidakmampuan mengatur air mandi</li> <li>6. Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> </ol> <p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kognitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Kendala lingkungan</li> <li>4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>5. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial</li> <li>6. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>7. Gangguan neuromuskular</li> <li>8. Nyeri</li> <li>9. Gangguan persepsi</li> </ol>	<p>Auditory disturbed</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan diri ostomi tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>2. Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>3. Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>4. Perawatan diri hygiene mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>5. Perawatan diri Higiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>6. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</li> <li>7. Membersihkan dan mengeringkan tubuh</li> <li>8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</li> </ol>	<p>aktivitas perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi</li> <li>5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</li> <li>6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalamannya pribadi, dan personal</li> <li>7. Memfasilitasi gigi pasien menyikat, sesuai</li> <li>8. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai</li> <li>9. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</li> <li>10. Memantau integritas kulit pasien</li> <li>11. Menjaga kebersihan ritual</li> <li>12. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur / alat peraga, dan benda-benda asing</li> <li>13. kamar (misalnya, untuk anak-anak, cerita</li> </ol>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	10. Ansietas berat		14. menyediakan selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari 15. rumah 16. Mendorong orang tua/ keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa 17. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri
--	--------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2015)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Tarwoto & Wartonah, 2021).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan (Tarwoto & Wartonah, 2021)



Tabel 2.6 Evaluasi Keperawatan

<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Definisi</b>	<b>Kriteria Hasil</b>
<b>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif D.0017</b>	<p><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b>  <b>Definisi</b>            Keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak</p> <p><b>Ekspektasi</b>            Meningkatkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Kognitif meningkat</li> <li>3. Tekanan intrakranial menurun</li> <li>4. Sakit kepala menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kecemasan menurun</li> <li>7. Agitasi menurun</li> <li>8. Demam menurun</li> <li>9. Nilai rata-rata tekanan darah membaik</li> <li>10. Kesadaran membaik</li> <li>11. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>12. Tekanan darah diastolik membaik</li> <li>13. Refleksi saraf membaik</li> </ol>
<b>Gangguan Mobilitas Fisik D.0054</b>	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b>  <b>Definisi</b>            Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p><b>Ekspektasi</b>            Meningkatkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas/ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>8. Gerakan terbatas menurun</li> <li>9. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>
<b>Gangguan Komunikasi Verbal D.0119</b>	<p><b>Komunikasi Verbal (L.13118)</b>  <b>Definisi</b>            Kemampuan menerima, memproses, mengirim, dan/ atau menggunakan sistem simbol</p> <p><b>Ekspektasi</b>            Meningkatkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan bicara meningkat</li> <li>2. Kemampuan mendengar meningkat</li> <li>3. Kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh meningkat</li> <li>4. Kontak mata meningkat</li> <li>5. Afasia menurun</li> <li>6. Disfasia menurun</li> <li>7. Apraksia menurun</li> <li>8. Disleksia menurun</li> <li>9. Diartria menurun</li> <li>10. Afonia menurun</li> <li>11. Dislalia menurun</li> <li>12. Pelo menurun</li> <li>13. Gagap menurun</li> <li>14. Respon perilaku membaik</li> <li>15. Pemahaman komunikasi membaik</li> </ol>
<b>Defisit Perawatan Diri D.0109</b>	<p><b>Perawatan Diri (L.11103)</b>  <b>Definisi</b>            Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p> <p><b>Ekspektasi</b>            Meningkatkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan makan meningkat</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</li> <li>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>6. Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat</li> <li>8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</li> </ol>
<b>Risiko Defisit Nutrisi D.0032</b>	<p><b>Status Nutrisi (L.03030)</b>  <b>Definisi</b>  Keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p><b>Ekspektasi</b>  Membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot mengunyah meningkat</li> <li>3. Kekuatan otot menelan meningkat</li> <li>4. Serum Albumin meningkat</li> <li>5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</li> <li>6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat</li> <li>7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat</li> <li>8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</li> <li>9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat</li> <li>10. Penyiapan dan penyimpnana minuman yang aman meningkat</li> <li>11. Sikap terhadap makanan/ minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat</li> <li>12. Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>13. Nyeri abdomen menurun</li> <li>14. Sariawan menurun</li> <li>15. Rambut rontok menurun</li> <li>16. Diare menurun</li> <li>17. Berat badan membaik</li> <li>18. Indeks masa tubuh (IMT) membaik</li> <li>19. Frekuensi makan membaik</li> <li>20. Nafsu makan membaik</li> <li>21. Bising usus membaik</li> <li>22. Tebal lipatan kulit trisep membaik</li> <li>23. Membran Mukosa membaik</li> </ol>
<b>Gangguan Persepsi Sensori D.0085</b>	<p><b>Persepsi Sensori (L.09083)</b>  <b>Definisi</b>  Persepsi realilstis terhadap stimulus baik internal maupun eksternal</p> <p><b>Ekspektasi</b>  Membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun</li> <li>2. Verbalisasi melihat bayangan menurun</li> <li>3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun</li> <li>4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun</li> <li>5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun</li> <li>6. Distorsi sensori menurun</li> <li>7. Perilaku halusinasi menurun</li> <li>8. Menarik diri menurun</li> <li>9. Melamun menurun</li> <li>10. Curiga menurun</li> <li>11. Mondar-mandir menurun</li> <li>12. Respon sesuai stimulus membaik</li> <li>13. Konsentrasi membaik</li> <li>14. Orientasi membaik</li> </ol>

Sumber: (PPNI, 2019)

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Definisi Stroke

Dalam bahasa medis, stroke disebut CVA (*celebro-vascular accident*). Merujuk pada istilah medis, stroke didefinisikan sebagai gangguan saraf permanen akibat terganggunya peredaran darah ke otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Sindrom klinis ini terjadi secara mendadak serta bersifat progresif sehingga menimbulkan kerusakan otak secara akut dengan tanda klinis yang terjadi secara fokal dan atau global (Lingga, 2013).

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Wijaya & Putri, 2013)

Stroke adalah serangan otak yang timbul secara mendadak dimana terjadi gangguan fungsi otak sebagian atau menyeluruh sebagai akibat dari gangguan aliran darah oleh karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah tertentu di otak, sehingga menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel-sel tersebut dalam waktu relative singkat (Dourman, 2013).

Stroke non hemoragik adalah stroke yang di sebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai(Wijaya & Putri, 2013).

### 2. Etiologi

Penyebab stroke dapat dibagi menjadi 3 yaitu :

#### a. Thrombosis Serebri

Aterosklerosis (penumpukan plak oleh kolestrol) serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis

serebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer & Bare, 2013).

Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Wijaya & Putri, 2013).

b. Emboli Serebri

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung.

c. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi di luar durameter (hemoragi ekstradural dan epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragik subarachnoid atau dalam substansial otak) (Wijaya & Putri, 2013).

Adapun penyebab lain stroke non hemoragik adalah :

a) Aterosklerosis

Terbentuknya aterosklerosis berawal dari endapan ateroma (endapan lemak) yang kadarnya berlebihan dalam pembuluh darah. Selain dari endapan lemak, aterosklerosis ini juga mungkin karena arteriosklerosis, yaitu penebalan dinding arteri (tunika intima) karena timbunan kalsium yang kemudian mengakibatkan bertambahnya diameter pembuluh darah dengan atau tanpa mengecilnya pembuluh darah.

- b) Infeksi  
Peradangan juga menyebabkan menyempitnya pembuluh darah, terutama yang menuju ke otak.
- c) Jenis kelamin  
Pria lebih berisiko terkena stroke dari pada wanita.
- d) Obat-obatan  
Ada beberapa jenis obat-obatan yang justru dapat menyebabkan stroke seperti: amfetamin dan kokain dengan jalan mempersempit lumen pembuluh darah ke otak.
- e) Hipotensi  
Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika hipotensi ini sangat parah dan menahun.

Sedangkan faktor risiko menurut (Lingga, 2013) ialah :

- a) Faktor yang tidak terkontrol
  - 1) Faktor genetik  
Sifat genetik terbawa oleh bangsa kulit hitam berisiko tinggi terhadap stroke. Risiko yang hampir sama juga dimiliki oleh keturunan Afrika-Amerika (Afro Amerika). Penyakit yang terkait dengan gen resesif yang rawan mereka alam menjadi faktor kuat yang menyebabkan mereka rentan terhadap stroke
  - 2) Cacat bawaan  
Seseorang yang memiliki cacat pada pembuluh darahnya (*cadasil*) berisiko tinggi terhadap stroke.
  - 3) Usia  
Pertambahan usia meningkatkan risiko stroke. Hal ini disebabkan melemahnya fungsi tubuh secara menyeluruh terutama terkait dengan fleksibilitas pembuluh darah
  - 4) Riwayat penyakit dalam keluarga  
Para ahli menyatakan adanya gen resesif yang mempengaruhi penyakit yang merupakan faktor pemicu stroke

b) Faktor yang terkontrol

1) Obesitas

Obesitas menurunkan kemampuan tubuh dalam melakukan sirkulasi ke otak. Obesitas mendorong melemahnya kemampuan tubuh dalam melakukan sejumlah fungsi biologis sejalan dengan bertambahnya lemak dalam tubuh.

2) Hipertensi

Sekitar 40-90% stroke dialami oleh penderita hipertensi, hipertensi adalah kondisi yang rawan terhadap stroke.

3) Hiperlipidemia

Adalah suatu kondisi yang ditandai dengan tingginya kadar lemak dalam darah baik berupa kolesterol maupun trigliserida.

4) Hiperurisemia

Hiperurisemia adalah suatu kondisi yang ditandai dengan tingginya kadar asam urat dalam darah.

5) Penyakit jantung

Pasokan darah ke otak berhubungan erat dengan kinerja jantung. Aktivitas jantung lancar karena pasokan darah terpenuhi, sebaliknya jika pasokan kurang maka kinerja jantung akan melemah.

6) Diabetes

Diabetes dapat menimbulkan dampak laju penuaan sel berlangsung cepat disertai kerapuhan pembuluh darah yang ditimbulkannya menyebabkan berisiko tinggi terhadap hipertensi dan stroke.

7) Kebiasaan merokok

Rokok mengandung berbagai macam zat berbahaya salah satunya nikotin, tar, monoksida, fenolformaldehida, hydrogen sianida yang berpotensi sebagai pemicu penyakit kardiovaskular.

### 3. Manifestasi

Menurut (Smeltzer & Bare, 2013) stroke menyebabkan berbagai defisit

neurologik, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Gejala tersebut antara lain :

- a. Umumnya terjadi mendadak, ada nyeri kepala
- b. Parasthesia, paresis, Plegia sebagian badan
- c. Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik. Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralysis dan hilang atau menurunnya refleks tendon.
- d. Dysphagia
- e. Kehilangan komunikasi
- f. Gangguan persepsi
- g. Perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis
- h. Disfungsi Kandung Kemih

#### **4. Patofisiologi**

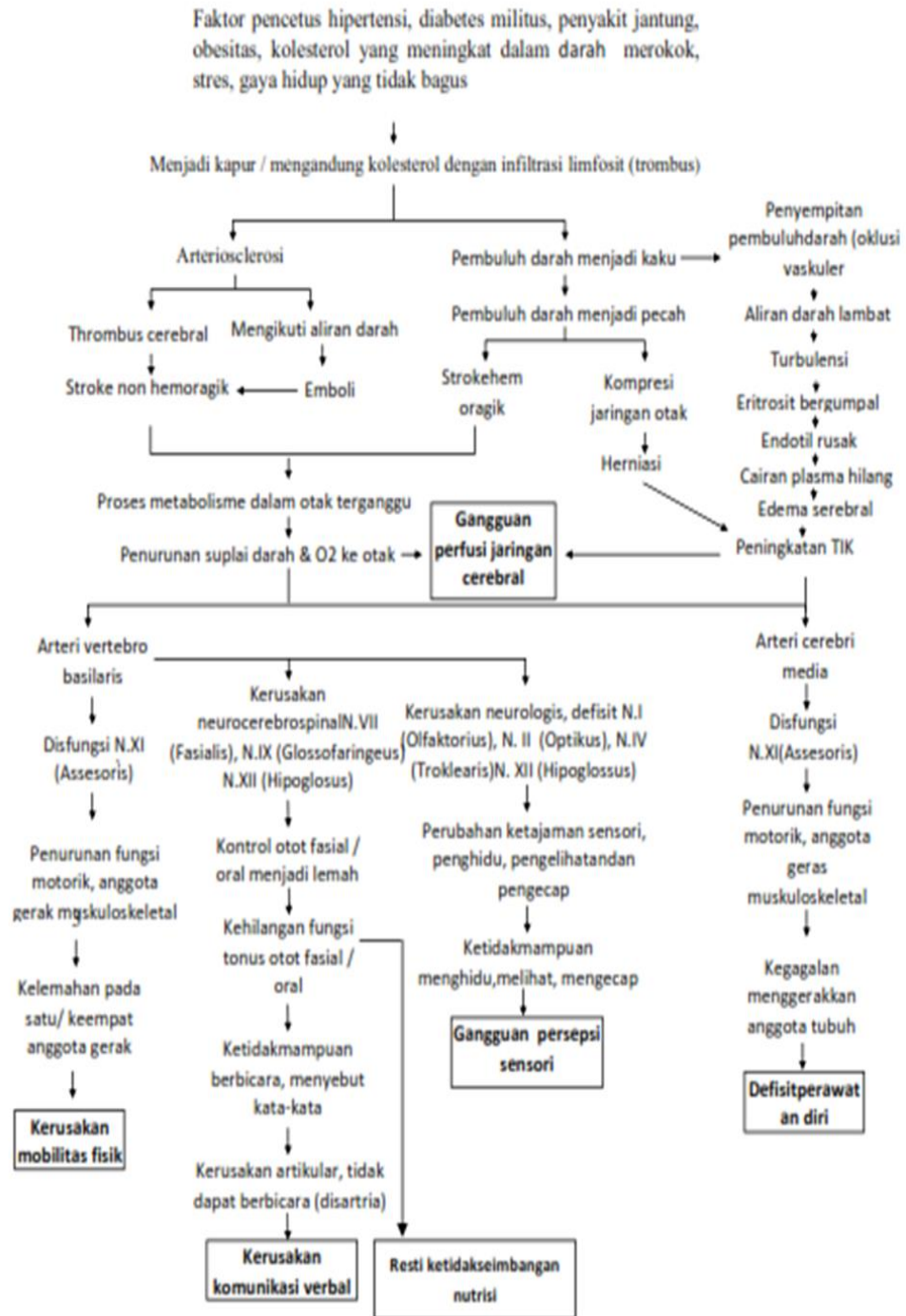
Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan pant dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (Wijaya & Putri, 2013).

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan

edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian di bandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular; karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, herniasi otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral: Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Wijaya & Putri, 2013).



## Pathway Stroke



Gambar 2.2 Pathway Stroke

Sumber: (Wikipedia.org)

## 5. Komplikasi

Menurut Lingga (2013), komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

a. Otot mengerut dan kaku sendi

Bagian tubuh tertentu pada pasien stroke sering kali mengecil, misalnya tungkai atau lengan yang lumpuh menjadi lebih kecil disbandingkan yang tidak lumpuh. Terjadi karena bagian yang lumpuh tidak dapat digerakkan, hal ini dapat terjadi juga pada bagian yang tidak lumpuh dikarenakan klien malas atau jarang menggerakkan bagian tubuh yang sehat.

b. Darah beku

Akibat sumbatan darah pada bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan, maka bagian tersebut akan membengkak. Jika terjadi di arteri yang mengalir ke paru-paru menyebabkan klien kesulitan bernapas

c. Memar

Ketidakmampuan untuk menggerakkan tubuh menyebabkan pasien stroke akhirnya berbaring pada posisi yang tetap sepanjang hari. Bagian tubuh yang tidak bergeser akan mengalami tekanan bahkan menyebabkan memar atau lecet sehingga peka terhadap infeksi.

d. Nyeri di bagian pundak

Kelumpuhan menyebabkan pasien mengalami nyeri dibagian pundaknya. Tangannya yang terkulai lemas tidak mampu mengontrol otot dan sendi disekitar pundak sehingga terasa nyeri saat digerakkan`.

e. Radang paru paru (pneumonia)

Kesulitan menelan yang dialami pasien menyebabkan terjadinya penumpukan cairan didalam paru-paru.

f. Fatigue

Kelelahan kronis merupakan problem umum yang dihadapi insan pasca stroke. Faktor yang menyebabkannya beragam antara lain, karena penyakit jantung yang dideritanya, penurunan nafsu makan, gangguan berkemih, pneumonia, dan depresi.

## 6. Penatalaksanaan

Fase Akut:

- a. Pertahankan fungsi vital seperti: jalan nafas, pernafasan, oksigenisasi dan sirkulasi.
- b. Reperfusi dengan trombolitik atau vasodilation: Nimotop. Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik / embolik.
- c. Pencegahan peningkatan TIK. Dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.
- d. Mengurangi edema cerebral dengan diuretik
- e. Pasien di tempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang .

Post Fase Akut:

- a. Pencegahan spatik paralisis dengan antispasmodik
- b. Program fisiotherapi
- c. Penanganan masalah psikososial

## 7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Lingga, (2013) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah :

- a. Angiografi serebral  
Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler
- b. CT scan  
Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.
- c. Lumbal pungsi  
Tekanan yang menngkat dan di sertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau

perdarahan pada intracranial.

d. MRI (Magnetic Imaging Resonance)

Menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik

e. USG Doppler

Mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis)

f. EEG

Melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak

g. Sinar tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pinal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.