

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Stroke adalah suatu kondisi yang menyerang otak secara tiba-tiba, berlangsung cepat dan berlangsung lebih dari 24 jam. Hal ini disebabkan oleh kondisi iskemia atau hemoragik di otak sehingga mengganggu aliran darah ke otak dan dapat mengganggu saraf otak yang menyebabkan kehilangan kesadaran(Nasjum, 2020).

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler yang terjadi karena aliran darah dan oksigen ke otak kurang, dan terjadi karena sumbatan, penyempitan, dan pecahnya pembuluh darah(Sari, 2020). Stroke iskemik atau non hemoragik adalah gejala klinis atau kerusakan jaringan yang disebabkan aliran darah ke otak kurang sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak(Afandy & Wiriatarina, 2018).

2. Etiologi

Stroke biasanya disebabkan oleh thrombosis serebral, emboli dan iskemia. Penyebab dari stroke dapat mengakibatkan hipoksia atau edema (Muttaqin, 2008). Stroke non hemoragik yang biasanya terjadi tepat setelah tidur siang yang lama, saat bangun dari tempat tidur, atau di pagi hari.

Penyebab stroke dapat dibagi dua, yaitu :

- a) Thrombosis serebri, penyebab paling umum dari stroke, termasuk trombosis serebral, aterosklerosis serebral, dan kelambatan sirkulasi serebral. Biasanya ada hubungannya dengan kerusakan aterosklerotik lokal pada dinding pembuluh darah.
- b) Emboli, penyebab paling umum kedua dari stroke adalah emboli serebral. Masalahnya sebenarnya adalah hasil dari penyakit jantung karena sebagian besar emboli serebral berasal dari trombus jantung(Monika, 2021).

3. Patofisiologi

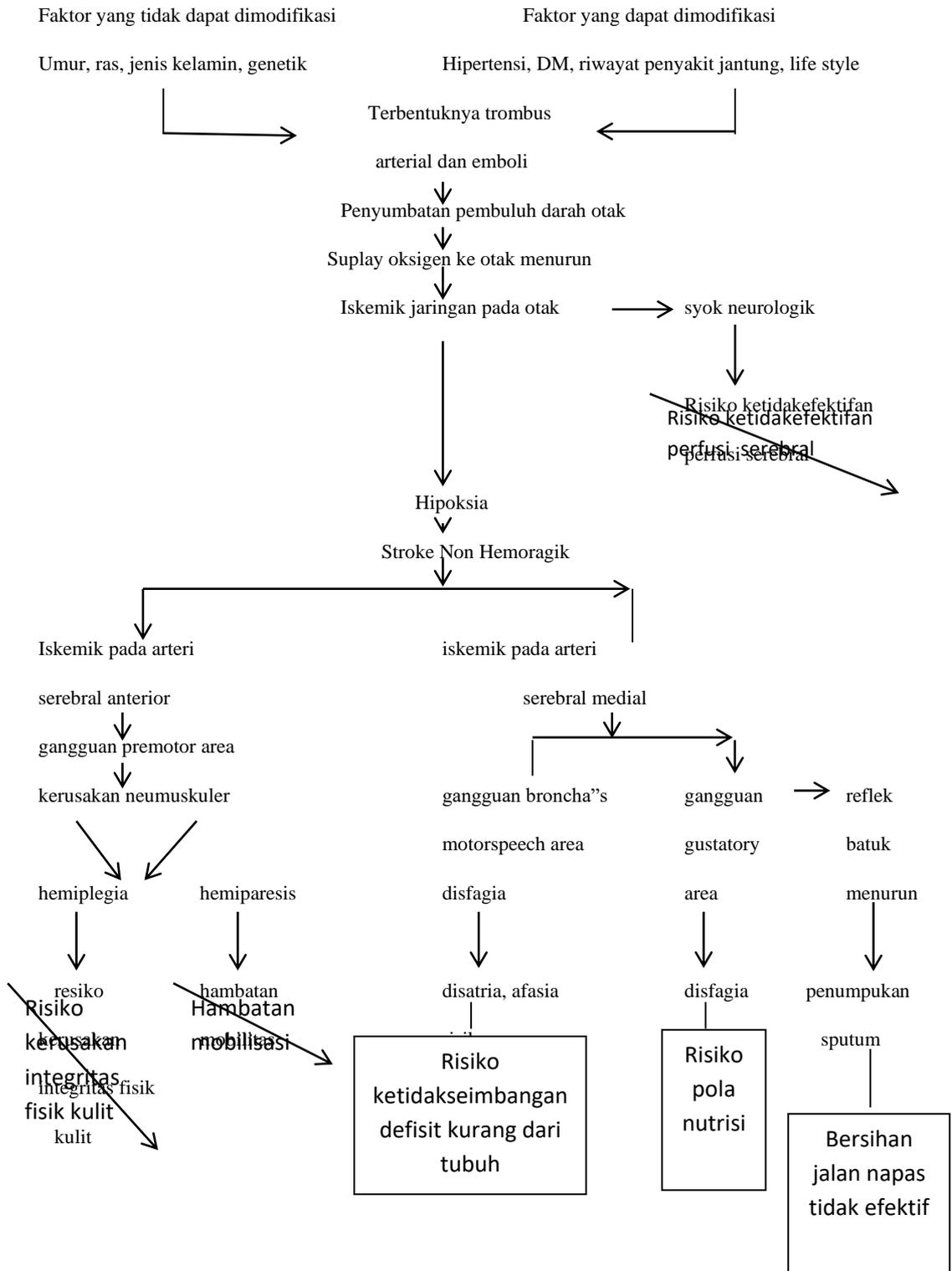
Patofisiologi stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus.

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati.

Sekitar 80% pasien stroke mengalami hemiparese atau kelemahan pada salah satu sisi tubuhnya. Kelemahan tangan dan kaki pada pasien stroke akan mempengaruhi kekuatan otot. Penurunan kekuatan otot merupakan salah satu tanda dan gejala dari stroke non hemoragik. Penurunan kekuatan otot terjadi karena imobilisasi atau ketidakmampuan bergerak akibat kelemahan yang dialami oleh penderita stroke non hemoragik. Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan otot akan berdampak pada aktivitas sehari-hari. Penurunan kekuatan otot pada stroke non hemoragik perlu menjalani proses rehabilitasi seperti mobilisasi dini untuk mengembalikan fungsi motoriknya sehingga pasien tidak mengalami defisit kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan untuk mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot (Esther, 2010) dalam(Sari, 2018.).

Gambar 2.1

Pathway SNH



sumber : (Endang, 2018)

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke menurut Wijaya dan Putri (2013) dalam (Susanty & Harianto, 2018) terdiri dari :

- a. Gejala yang muncul pada perdarahan intraserebral adalah gejala prodromal sifatnya nyeri kepala hebat sekali, mual muntah seringkali terjadi sejak permulaan serangan.
- b. Kesadaran menurun dengan cepat
- c. Pada perdarahan subaraknoid didapatkan gejala nyeri kepala hebat dan akut.
- d. Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya, gejala yang muncul dapat berupa mual muntah atau nyeri kepala, kelumpuhan wajah dan anggota badan satu atau lebih anggota badan, gangguan sensasi pada satu atau lebih anggota badan, perubahan mendadak status mental, afasia (bicara tidak lancar).
- e. Gejala khusus pada pasien stroke adalah kehilangan motorik misalnya menurunnya tonus otot, hemiplegia, hemiparesis.
- f. Kehilangan komunikasi misalnya disfasia atau afasia kehilangan bicara yang terutama ekspresif/ represif, disartria yaitu kesulitan bicara disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- g. Gangguan persepsi yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis yang biasa disebut homonimus/hemianopsia.
- h. Gangguan visual spasia yaitu ketidakmampuan mendapatkan dua atau lebih objek dalam area spasial.
- i. Kehilangan sensori antara lain sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil dan auditorius, tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh.

5. Pemeriksaan Diagnostik

- a. CT scan (*Computer Tomografi Scan*) dapat dengan cepat dan akurat membedakan stroke hemoragik dan non hemoragik karena pasien dengan stroke non hemoragik memerlukan pengobatan trombolitik sesegera mungkin. Selain itu, pemeriksaan ini dapat digunakan untuk menentukan lokasi anatomi stroke dan menghilangkan kemungkinan diagnosis stroke lainnya (hematoma, neoplasma, abses).
- b. MRA (*Magnetik Resonan Angiografi*) telah dibuktikan bahwa MRA dapat mendeteksi lesi dan oklusi vaskular pada awal stroke akut. Sayangnya, tes ini dan tes MRI lainnya menghabiskan banyak uang dan membutuhkan waktu lama untuk menyelesaikannya.
- c. Angiografi serebral dapat menggambarkan secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri.
- d. Pemeriksaan foto thorax dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.
- e. Elektrokardiografi dapat digunakan untuk melihat ada atau tidaknya miokard infark, aritmia, atrial fibrilasi yang dapat menjadi faktor resiko pada stroke.
- f. Echokardiografi dapat digunakan untuk melihat ada atau tidaknya kelainan jantung yang dapat menyebabkan stroke emboli.
- g. Pemeriksaan darah untuk mengetahui faktor pencetus dari stroke seperti kolesterol atau DM (Jeri et al., 2022).

6. Penatalaksanaan

Terapi pada stroke non hemoragik atau iskemik ada dua macam yaitu fase akut dan pasca fase akut

a. Fase akut

Pengobatan pada tahap ini bertujuan mencegah kematian neuron yang rusak dan proses penyakit terkait lainnya yang mengganggu atau membahayakan fungsi otak. Aliran darah yang cukup ke otak harus dipastikan dengan pemberian obat-obatan atau tindakan.

b. Fase Pasca Akut. Setelah fase akut berlalu, sasaran pengobatan dititikberatkan pada tindakan rehabilitasi penderita, dan pencegahan terulangnya stroke. Terapi pada fase pasca akut ada 2 yaitu rehabilitasi dan preventif. Terapi rehabilitasi adalah penyembuhan. Terapi preventif stroke bertujuan untuk pencegahan kekambuhan stroke adalah tujuan utama terapi. Contoh terapi yang diberikan yaitu mengontrol tekanan darah pada penderita hipertensi, mengontrol kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus, menghindari faktor risiko stroke, seperti rokok, alkohol, obesitas, dan melakukan olahraga secara teratur (Musa, 2021).

7. Komplikasi

Mengalami stroke tidak berhenti pada akibat yang terjadi di otak saja tetapi berdampak juga pada bagian tubuh lainnya. Beberapa komplikasi stroke, diantaranya :

- a. Bekuan darah, bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan, dan pembengkakan, embolisme paru.
- b. Pneumonia, terjadi karena cairan terkumpul di paru-paru dan terjadi infeksi pasien biasanya sehingga pasien tidak dapat batuk atau menelan dengan baik.
- c. Kekakuan otot dan sendi, terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot dan sendi (gangguan mobilitas fisik).
- d. Nyeri bahu dan dislokasi, keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini terjadi karena otot disekitar bahu yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan saat ditopang orang lain.
- e. Pembengkakan otak
- f. Infeksi saluran kemih
- g. Gangguan proses berpikir dan ingatan : pikun (demensia)
- h. Gangguan Pemenuhan aktifitas harian (defisit perawatan diri) (Change et al., 2021)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam (Asmadi, 2014) membagi kebutuhan dasar manusia menjadi lima tingkat yaitu sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostatis biologis dan kelangsungan kehidupan bagi tiap manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar, apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat memengaruhi kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang tidak mampu memenuhi kebutuhan oksigen dapat mengakibatkan dia tidak akan mampu untuk memenuhi kebutuhan yang lain, misalnya makanan atau beraktivitas.

2. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Ada dua jenis perlindungan yang dibutuhkan: perlindungan psikologis dan perlindungan fisik. Perlindungan dari bahaya terhadap tubuh atau kehidupan, seperti penyakit, kecelakaan, bahaya, dan lingkungan, termasuk dalam perlindungan fisik. Sementara pertahanan psikologis adalah pertahanan terhadap bahaya dari situasi baru atau belum dipetakan. Misalnya, perasaan gugup yang dirasakan seseorang saat pertama kali masuk sekolah, karena harus berinteraksi dengan orang lain membuatnya merasa terintimidasi.

3. Kebutuhan cinta kasih

Kebutuhan cinta adalah kebutuhan dasar yang menggambarkan emosi seseorang. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan di mana seseorang berkeinginan untuk menjalin hubungan yang bermakna secara efektif atau hubungan emosional dengan orang lain. Dorongan ini akan makin menekan seseorang sedemikian rupa, sehingga ia akan berupaya semaksimal mungkin untuk mendapatkan pemenuhan kebutuhan akan cinta kasih dan perasaan memiliki.

4. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan akan kekuasaan, prestasi, kepercayaan diri, dan kemandirian semuanya terkait dengan kebutuhan akan harga diri dan rasa

dihargai oleh kebutuhan orang lain. Orang juga membutuhkan persetujuan orang lain.

5. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan tertinggi dalam hirarki Maslow adalah kebutuhan aktualisasi diri, yang terwujud sebagai keinginan untuk memenuhi potensi diri dan memberikan kontribusi kepada orang lain atau lingkungan.

C. Kebutuhan Oksigen

Setiap makhluk hidup membutuhkan oksigen untuk bertahan hidup. Saturasi oksigen adalah pengukuran persentase oksigen yang ada di dalam darah, di udara yang anda hirup, atau di dalam air yang anda minum. Tubuh manusia membutuhkan oksigen untuk berfungsi dengan baik dan menjalankan tugas organ. Oksigen membentuk sekitar 20,93% dari udara di sekitar kita (Pertami et al., 2019)

Bernapas membantu kita mendapatkan oksigen dari atmosfer. Karena selalu dibutuhkan untuk proses metabolisme, oksigen adalah gas yang sangat penting untuk kelangsungan hidup sel dan jaringan tubuh. Efektivitas sistem pernapasan, sistem kardiovaskular, dan sistem pencernaan memengaruhi seberapa baik tubuh menggunakan oksigen (Agustin, 2021).

Menurut penelitian sekitar 20% dari total kebutuhan oksigen yang diperlukan oleh otak. Angka yang cukup besar untuk organ tubuh seberat 1,5ribu. Tubuh kita membutuhkan oksigen untuk memetabolismekan glukosa. Dalam hal ini energi pada sel di tubuh akan diproses. Otak membutuhkan suplai oksigen yang dibutuhkan oleh tubuh.

Otak dapat mempertahankan kemampuan neuron untuk menerima dan bereaksi terhadap sinyal-sinyal ini serta untuk mentransfer impuls elektrokimia melintasi sel. Dan jika otak kekurangan oksigen, sel-selnya akan mulai mati dalam hitungan menit.

Kekurangan oksigen dapat berdampak buruk pada fungsi otak karena otak selalu membutuhkan oksigen untuk melakukan aktivitasnya. Sel-sel otak sangat sensitive dan rentan, jika kekurangan oksigen dalam otak maka akan mengakibatkan stroke, koma bahkan kematian mendadak.

D. Proses Keperawatan SNH

Proses keperawatan adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan rasional. Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik dari individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Agustin, 2021)

1. Pengkajian

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang penting dilakukan baik saat pertama kali masuk rumah sakit maupun selama pasien dirawat di rumah sakit (Agustin, 2021).

- a. Identitas pasien: Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua/wali, pendidikan orang tua, dan pekerjaan.
- b. Keluhan utama: Keluhan atau alasan yang biasanya menonjol pada pasien SNH seperti kelemahan anggota gerak, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.
- c. Riwayat kesehatan saat ini: Riwayat kesehatan saat ini yang perlu dikaji yaitu kehilangan komunikasi gangguan persepsi, kehilangan motorik dan kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia).
- d. Riwayat kesehatan masa lalu: Riwayat kesehatan dahulu yang perlu dikaji yaitu riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskular, riwayat tinggi kolesterol, obesitas dan riwayat DM.
- e. Riwayat kesehatan keluarga : Apakah ada riwayat penyakit degeneratif pada keluarga.

2. Pemeriksaan Dasar

a. Aktivitas atau Istirahat

- 1) Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis
- 2) Merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot)
- 3) Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum
- 4) Gangguan penglihatan
- 5) Gangguan tingkat kesadaran

b. Sirkulasi

- 1) Adanya penyakit jantung
- 2) Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme/malinformasi vaskuler
- 3) Frekuensi nadi dapat bervariasi, ketidakefektifan fungsi/keadaan jantung

c. Integritas Ego

- 1) Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
- 2) Emosi labil
- 3) Kesulitan untuk mengekspresikan diri

d. Eliminasi

- 1) Perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin dan anuria
- 2) Distensi abdomen dan bising usus (-)

e. Makanan/Cairan

- 1) Nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut/peningkatan TIK
- 2) Kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah)
- 3) Disfagia, riwayat DM
- 4) Kesulitan menelan
- 5) Obesitas

f. Neurosensori

- 1) Adanya pusing / sakit kepala berat
- 2) Kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi terkena seperti mati / lumpuh
- 3) Penglihatan menurun : buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (disloopia)
- 4) Sentuhan : hilangnya rangsangan sensoris kontra lateral (ada sisi tubuh yang berlawanan / pada ekstremitas) pada wajah
- 5) Gangguan rasa mengecap dan penciuman

- 6) Status mental / tingkat kesadaran : koma pada tahap awal, tetap sadar jika trombosis alami
- 7) Gangguan fungsi kognitif : penurunan memori
- 8) Ekstremitas : kelemahan / paralisis (kontralateral), kesulitan dalam menggenggam
- 9) Afasia: gangguan fungsi bahasa, afasia motorik (kesulitan mengucapkan kata) atau afasia sensorik (kesulitan memahami kata-kata bermakna)
- 10) Kehilangan kemampuan mengenali / menghayati masuknya sensasi visual, pendengaran, kewaspadaan kelainan terhadap bagian yang terkena, gangguan persepsi, kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat klien ingin menggunakannya.

g. Nyeri

Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketergantungan pada otot

h. Pernafasan

- 1) Ketidakmampuan menelan atau terjadi hambatan pada jalan nafas
- 2) Pernafasan sulit, tidak teratur, suara nafas terdengar / ronchi (aspirasi sekresi), wheezing atau gurgling

i. Keamanan

- 1) Motorik/sensorik : masalah penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tentang tubuh, hilangnya kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit
- 2) Tidak dapat mengenali objek, warna dan wajah yang pernah dikenal
- 3) Gangguan berespon terhadap panas dan dingin, gangguan regulasi tubuh
- 4) Tidak mandiri, gangguan dalam memutuskan, perhatian terhadap keamanan
- 5) Tidak sadar/kurang kesadaran diri

j. Interaksi sosial

Masalah bicara, tidak mampu berkomunikasi

3. Pemeriksaan Neurologis

a. Status mental

Tabel 2.1
Tingkat Kesadaran

Tingkat Kesadaran	Nilai GCS	Keterangan
Composmentis	14-15	saat ditanya berespon baik
Apatis	12-13	mudah mengantuk dan dibangunkan
Derilium	10-11	merasa gelisah, hingga meronta-ronta seperti orang mabuk
Somnolen	7-9	kondisi mengantuk tetapi tidak bisa dibangunkan dengan rangsangan nyeri
Sopor coma	4-6	kondisi mengantuk berat dan hanya bisa dibangunkan dengan rangsangan yang kasar
Coma	3	kondisi penurunan tingkat kesadaran

menurut (Lestari, 2018)

b. Nervus Kranialis

Pemeriksaan nervus kranialis menurut (Wijaya dan Putri 2013) dalam (Putri, 2022)

- 1) Saraf olfaktorius (N.I): pasien diminta membedakan bau (kopi, rokok, parfum, atau rempah-rempah) sambil memejamkan mata.
- 2) Saraf optikus (N.II): Tajam penglihatan, membandingkan tajam penglihatan periksa dengan jalan pasien disuruh melihat benda yang letaknya jauh misal jam di dinding, membaca dibuku atau koran.
- 3) Saraf okulomotorius (N.III) :Retraksi pupil, otot okular, eksternal termasuk gerakan ke atas, ke bawah dan medial, kerusakan akan menyebabkan otosis dilatasi pupil.
- 4) Saraf troklearis (N.VI) :Gerakan okular menyebabkan ketidakmampuan melihat ke bawah dan samping
- 5) Saraf trigeminus (N.V) : Refleks mata, refleks berkedip, perasaan wajah, mengunyah, dan gigi.

- 6) Saraf abduzen (N.VI) : Pergerakan bola mata kelateral
- 7) Saraf fasialis (N.VII) :Mengontrol gerakan wajah dan persepsi rasa di dua pertiga bagian depan lidah.
- 8) Saraf vestibulocoklearis (N.VIII) : Pendengaran dan keseimbangan.
- 9) Saraf glosofaringeus (N.XI): Untuk sensasi rasa, cara pemeriksaan dengan cara membedakan rasa manis dan asam dengan mengembungkan mulut
- 10) Saraf Vagus (N.X) : Reflek menelan, muntah
- 11) Saraf aksesoris (N.XI) :Untuk menggerakkan bahu
- 12) Saraf hipoglosus (N.XII) :Pasien diinstruksikan untuk menggerakkan lidahnya ke kanan dan ke kiri.

c. Fungsi Motorik

Menurut Ariani (2013) pemeriksaan sistem motorik meliputi pengamatan, gerakan volunter, palpasi otot, perkusi otot, tonus otot, dan kekuatan otot. Pemeriksaan kekuatan otot menurut Ariani (2013) terdapat pada tabel 2.2 sebagai berikut.

Tabel 2.2
Skala Kekuatan Otot

Skala	Keterangan
0	Tidak ada kontraksi otot
1	Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata
2	Pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki
3	Mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi
4	kekuatan otot lemah tetapi anggota tubuh dapat digerakkan melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan
5	Kekuatan penuh

menurut (Lestari, 2018)

1. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial atau proses kehidupan berdasarkan lisensi dan kompetensi perawat. Pada tahap menegakkan diagnosis, perawat mulai mengelompokkan informasi terkait data pasien dan merumuskan penilaian evaluatif tentang status kesehatan pasien (Ballsy C. A. Pangkey, Adventina Delima Hutapea et al., 2021).

Diagnosa menurut (SDKI, 2017)

a. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

1) Data mayor

Ditemukan batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing atau ronkhi, meconium di jalan napas

2) Data minor

Ditemukan dispnea, sulit bicara, gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah dan pola napas berubah

b. Penurunan Kapasitas

1) Data mayor

Ditemukan data sakit kepala

2) Data minor

Ditemukan tekanan darah meningkat, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun, reflek neurologis terganggu, reflek kognitif terganggu dan tampak lemah.

c. Defisit Perawatan Diri

1) Data mayor

Ditemukan klien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, toilet, berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

2) Data minor

Ditemukan klien tidak mampu melakukan aktivitas (mandi, makan dan ketoilet), rambut klien tampak kotor, klien sedikit berbau keringat, mulut klien tampak kotor

2. Rencana Keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017)

Tahapan perencanaan keperawatan pada kasus SNH adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan Pasien SNH

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan	Bersihan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan jalan napas dapat membaik dengan kriteria hasil : 1) Dipsnea menurun 2) Frekuensi napas membaik (22 x/menit) 3) Pola napas membaik (reguler) 4) Produksi sputum menurun 5) Suara napas normal 6) Kedalaman napas membaik	Manajemen jalan napas Observasi 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3) Monitor saturasi oksigen Terapeutik 1) Posisikan semi fowler 2) Berikan oksigen 3) Pertahankan jalan napas dengan headtilt dan chinlift 4) Lakukan penghisapan lendir 5) Lakukan fisioterapi dada Edukasi 1) Anjurkan asupan cairan 2) Ajarkan teknik batuk efektif
2.	Penurunan kapasitas adaptif	Perfusi serebral) (L02014)	Pemantauan tekanan intrakranial

1	2	3	4
	<p>Intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan kapasitas adaptif intrakranial dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Tekanan darah sistolik membaik 135 3) Tekanan darah diastolik membaik 85 4) GCS E4M6V5 5) Fungsi kognitif meningkat 6) Reflek neurologis membaik 7) Pola napas membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu dan GCS) 2) Monitor tekanan perfusi serebral 3) Monitor <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kurangi stimulus lingkungan pada klien 2) Atur interval sesuai kondisi klien 3) Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan hasil pemantauan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi terapi obat dengan dokter
3.	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler</p>	<p>Perawatan diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan kemandirian perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat 2) Mempertahankan kebersihan diri meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi bantuan yang dibutuhkan 2) Monitor kebersihan tubuh klien (rambut, mulut, kuku dan bau badan) 3) Monitor integritas kulit <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan keluarga untuk memandikan klien dengan wash lap atau kain bersih 2) Anjurkan keluarga untuk membersihkan mulut klien 3) Anjurkan keluarga menggantikan pakaian klien jika berbau keringat

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahapan implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Bertujuan untuk menentukan perkembangan kesehatan pasien, untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien yang di amati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibutuhkan pada tahap perencanaan. Yang mempermudah perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, menggunakan komponen SOAP (Wahyudha, 2022).

S : Data subjektif, data yang didapatkan dari keluarga klien langsung.

O : Data Objektif, data yang didapatkan langsung dari hasil observasi perawat.

A : Analisis adalah interpretasi dari subjektif dan objektif, analisis merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien.

P : Planning atau perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dimodifikasi dari rencana tindakan yang telah ditentukan sebelumnya