

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Stroke didefinisikan sebagai disfungsi otak, yang terjadi secara tiba-tiba dengan adanya tanda dan gejala yang berlangsung selama 24 jam secara lokal maupun global. Stroke disebabkan pecahnya pembuluh darah di dalam otak, atau terjadinya thrombosis penyumbatan yang disebabkan emboli. Gumpalan darah tersebut masuk kedalam aliran darah yang disebabkan oleh penyakit lain atau rusaknya bagian otak, sehingga menyumbat pembuluh darah di otak dan menyebabkan berkurangnya suplai oksigen yang memicu penurunan fungsi pada otak (Lara, 2022).

2. Etiologi

Menurut Sherina et al., (2022) Faktor penyebab stroke ada dua yaitu, faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Ada pun stroke menurut yaitu:

a. Faktor Predisposisi

- 1) Trombosis (bekuan pada darah didalam pembuluh darah otak)
- 2) Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lainnya).
- 3) Iskemia (penurunan pada aliran darah ke otak).
- 4) Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan di dalam jaringan otak atau area sekitar otak).

b. Faktor Presipitasi

- 1) Hipertensi
- 2) Penyakit jantung
- 3) Kolesterol tinggi
- 4) Obesitas
- 5) Diabetes mellitus
- 6) Polistemia (kelebihan produksi eritrosit)
- 7) Gaya hidup yang kurang sehat, seperti: merokok, mengonsumsi *alcohol*, mengonsumsi obat-obatan terlarang, aktivitas yang

kurang, kurangnya berolahraga, faktor makanan yang mengandung kadar kolestrol yang cukup tinggi .

- c. Faktor resiko
 - 1) Usia
 - 2) Jenis kelamin
 - 3) Keturunan

3. Patofisiologi

Patofisiologi Stroke Hemoragik menurut Maghfiroh Ervi, (2018) adalah,

- a. Pendarahan Intracerebral

Pecah pembuluh darah otak terutama karena Hipertensi yang mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan ke jaringan otak dan menyebabkan oedema di sekitar otak.

- b. Perdarahan Subarachnoid

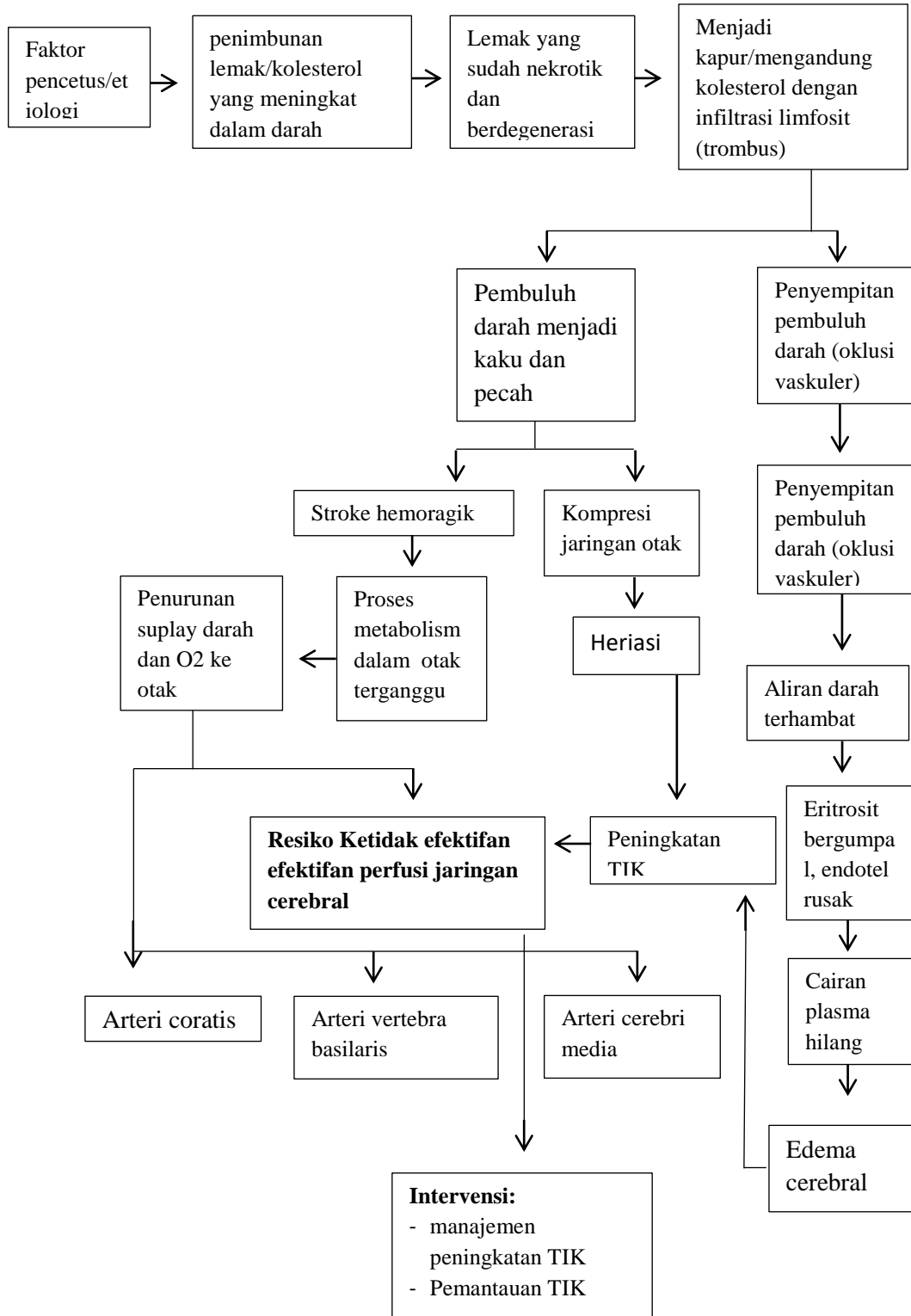
Pecahnya pembuluh darah yang disebabkan Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarachnoid menyebabkan terjadinya peningkatan TIK secara tiba-tiba, meredakan struktur peka nyeri, sehingga timbulnya nyeri kepala hebat. sering pula dijumpai dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan pada TIK yang mendadak juga dapat mengakibatkan pendarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Pendarahan subarachnoid dapat menyebabkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme seringkali terjadi selama 3-5 hari setelah adanya pendarahan, mencapai puncaknya pada hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O₂ dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan didalam sel saraf hamper melalui proses oksidasi. Otak tidak memiliki cadangan O₂, kekurangan aliran darah otak walaupun sebenarnya akan menyebabkan gangguan fungsi.

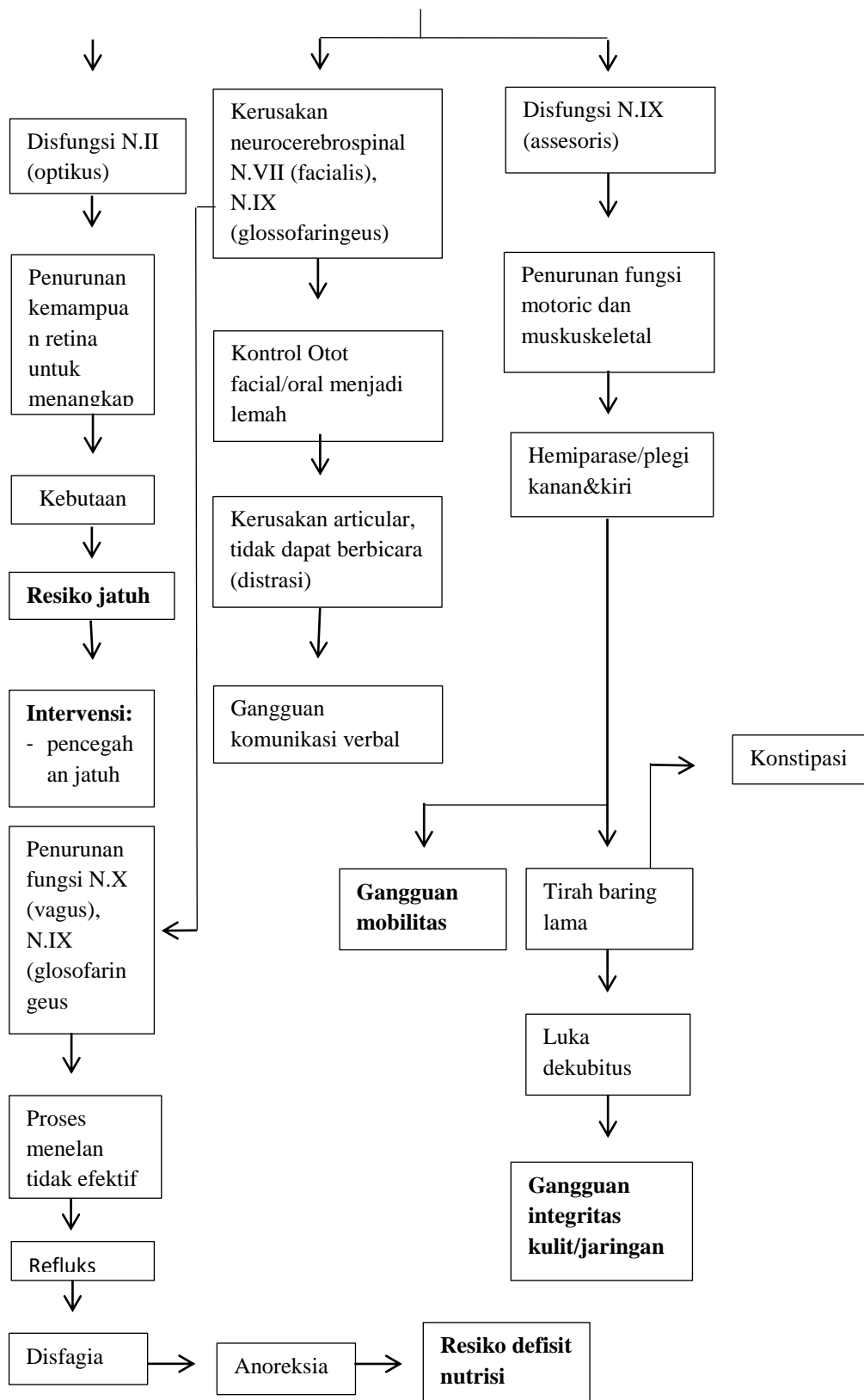
Demikian pula dengan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg% karena akan menyebabkan koma.

Kebutuhan glukosa sebanyak 25% dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa dalam plasma turun sampai 70% akan terjadinya gejala disfungsi serebral. Pada saat hipoksi, tubuh berusaha memenuhi O_2 melalui proses metabolic anaerob yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak.

c. Pathway

Gambar 2.1 Pathway Stroke Hemoragik





Sumber: (Senja, 2021a).

4. Tanda dan Gejala

Gejala stroke untuk pertama kalinya yaitu stroke ringan. Perbedaan yang mendasar dalam stroke ringan dengan stroke adalah ukuran atau tingkat keparahan sumbatan yang menghambat aliran darah ke otak. pada stroke ringan sumbatan masih kecil belum adanya kerusakan saraf otak yang permanen. Berikut gejala-gejala stroke ringan sebelum menjadi stroke yang lebih parah. Menurut (Heny Siswanti, S.Kep., 2021) tanda gejala stroke, sebagai berikut:

- a. Stroke ringan dapat menyebabkan kelemahan pada otot wajah, tandatanya adalah wajah turun pada salah satu sisi (wajah tampak tidak simetris), kesulitan dalam tersenyum, kesulitan dalam mengerutkan dahi, serta mulut dan mata turun kebawah.
- b. Penderita stroke ringan tidak mampu dalam mengangkat kedua tangan dan tungkai. Hal ini terjadi akibat anggota gerak lemas atau mati rasa pada salah satu sisi.
- c. Kesemutan dibagian tubuh yang terkena serangan stroke ringan, seperti wajah, lengan serta tungkai dibagian sisi yang terganggu.
- d. Kemampuan dalam berkomunikasi terganggu, misalnya berbicara cedal, tudak beraturan, tidak dapat memahami ucapan orang lain, bahkan dapat tidak mampu berbicara sama sekali.
- e. Bermasalah dalam penglihatan pada salah satu atau kedua mata, sakit kepala dan pusing.
- f. Kesulitan dalam berjalan atau mobilisasi mempertahankan posisi tubuh yang disebabkan adanya gangguan pada tubuh. Kesulitan dalam berjalan dapat diakibatkan pada kelemahan tungkai dan kaki.

5. Klasifikasi

Berdasarkan jenisnya, stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke perdarahan (Stroke Hemoragik) dan stroke yang disebabkan suplai darah ke otak tersumbat (Stroke Iskemik). Secara garis besar, stroke dibagi menjadi stroke hemoragik (stroke perdarahan) yang ditandai dengan terlalu banyak darah dalam roangga tengkorak tertutup, dan stroke non hemoragik

(Stroke Iskemik) yang ditandai dengan terlalu sedikit darah untuk masuk oksigen dan nutrisi supaya ke bagian otak, berikut jenis-jenis stroke:

a. Pendarahan intra serebral (PIS)

Pendarahan intra serebral di sebabkan pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan masuk ke dalam jaringan otak.

PIS disebabkan oleh hipertensi yang berlangsung lama dan terjadinya kerusakan dinding pada pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lainnya yaitu stres fisik, peningkatan tekanan darah secara mendadak yang menyebabkan pecahnya pada pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS diakibatkan oleh hipertensi. penyebab lainnya yaitu deformitas pembuluh darah bawaan, kelainan kogulasi. Bahkan 70% kasus berakibat fatal, terutama saat pendarahannya luas (masif) (Setiawan, 2021 dalam Ningrum, 2022).

b. Pendarahan ekstra serebral/ perdarahan sub arachnoid

Penyebab yang paling sering terjadi pada PSA primer ini adalah robeknya aneurisma. Gangguan kogulasi (introgenic/obat anti kogulan), kelainan hematologic (misalnya trombositopenia, leukemia, anemia aplastic), tumor, infeksi (misalnya vaskulitis, sifilis, ensafalitis, herpes simpleks, mikrosis, TBC), serta trauma kepala.

Sebagian besar pendarahan sub arachnoid terjadi tanpa sebab dari luar tetapi kebanyakan kasus tersebut terkait dengan stress mental dan fisik. Kegiatan fisik seperti: mengangkat beban, menekuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan hubungan intim (koitus) kadang bisa menjadi penyebab (Junaidi, 2018 dalam Ningrum, 2022).

6. Faktor Resiko

Menurut Haryono & Sar Utami, (2019) dalam, Ningrum, (2022) banyak faktor yang menyebabkan meningkatnya resiko stroke yaitu:

a. Faktor resiko gaya hidup

1) Kelebihan berat badan atau obesitas

- 2) Ketidak aktifan fisik
 - 3) Minum berat
 - 4) Pengguna obat-obatan terlarang (seperti kokain dan metamfenamin).
- b. Faktor medis
- 1) Memiliki tekanan darah tinggi dari 120/80 MmHg
 - 2) Merokok atau terpapar asap rokok bekas
 - 3) Kolestrol tinggi
 - 4) Diabetes Melitus
 - 5) Apnea tidur obstuktif
 - 6) penyakit kardiavaskuler, termasuk gagal jantung, infeksi jantung atau irama jantung yang tidak normal
 - 7) Riwayat pribadi atau keluarga terkait stroke, serangan jantung, atau serangan iskemik transien.
- c. Faktor-faktor lain terkait stroke hemoragik adalah;
- 1) Usia. Orang berusia 55 tahun atau lebih memiliki resiko stroke yang lebih tinggi dari pada usia yang lebih muda
 - 2) Hormon. Penggunaan pil KB atau terapi hormone yang termasuk estrogen, serta peningkatan kadar estrogen dari kehamilan dan persalinan.
- Sedangkan menurut (Umithan & Mehta, 2022 dalam, Ningrum, 2022) Faktor resiko stroke hemoragik yaitu :
- 1) Merokok dan minum alcohol sedang atau berat.
 - 2) Penyakit hati kronis meningkatkan kemungkinan ICH karena koagulopati dan trombositopenia.
 - 3) Penurunan kolestrol lipoprotein densitas rendah dan trigleresida rendah.
 - 4) Usia tua dan jenis kelamin laki-laki insiden ICH meningkat setelah usia 55 tahun. Resiko relative setelah 70 tahun.
 - 5) Tumor yang lebih mudah berdarah adalah glioblastoma, limfomametastasis, meningioma, adenomahipofisi, dan hemangioblastoma.

7. Komplikasi

Menurut Batticaca, (2016), dalam Senja, (2022):

- a. Gangguan otak yang berat.
- b. Kematian apabila tidak dapat mengontrol respons pernapasan atau kardiovaskuler.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita dengan stroke hemoragik adalah sebagai berikut Dan et al., (2021)

- a. Posisi kepala dan badan atas 20-30°, posisi miring apabila muntah dan diperbolehkan untuk melakukan mobilisasi secara bertahap apabila aliran darah telah stabil.
- b. Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat, jika perlu berikan oksigenasi sesuai dengan kebutuhan.
- c. Pantau tanda-tanda vital agar tetap stabil.
- d. *Bed rest*.
- e. Periksa adanya tanda-tanda hipoglikemia atau hiperglikemia.
- f. Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- g. Anjurkan untuk mengosongkan kandung kemih jika sudah terasa penuh, jika perlu kateterisasi.
- h. Memberikan cairan secara intravena berupa kristaloid atau koloid dan hindari penggunaan glukosa murni atau cairan hipotonik.
- i. Pantau suhu, batuk, konstipasi, atau cairan suction yang berlebihan yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan TIK.
- j. Memberikan nutrisi secara oral, jika fungsi menelan tidak terjadi masalah, apabila terjadinya penurunan kesadaran atau terjadinya gangguan menelan dianjurkan untuk penggunaan NGT.
- k. Secara spesifik yaitu dengan cara pemberian obat neuroprotektor, antikoagulan, trombolisis intravena, diuretik, antihipertensi, dan tindakan pembedahan.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data baik subjektif maupun obyektif serta perumusan masalah. Adapun focus pengkajian pada klien dengan stroke hemoragik menurut yaitu: (Muttaqin, 2012, dalam Senja, 2021)

a. Identitas Klien

Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal masuk Rumah Sakit, dan tanggal pengkajian) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

b. Keluhan Utama

Biasanya terjadinya kelemahan pada anggota gerak bagian setengah dari tubuh, berbicara pelo, sulit dalam berkomunikasi serta penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung mendadak saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya mengalami nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai terjadinya penurunan tingkat kesadaran, kelumpuhan di bagian setengah badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Terjadinya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran yang disebabkan perubahan di dalam intracranial. Sesuai perkembangan penyakit, tidak responsive dan koma.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, Diabetes Melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kotrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulasi, aspirin, obat-obatan adiktif kegemukan.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat dari keluarga yang menderita hipertensi, Diabetes Melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Riwayat Psikososial

Stroke merupakan penyakit yang cukup mahal dari perawatan dan pengobatan yang mengarah kekeuangan keluarga yang menyebabkan kestabilan emosi dan pikiran klien dan keluarga.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Tingkat kesadaran (Ningrum, 2022) mengatakan bahwa kualitas kesadaran pasien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan pasien dan respon terhadap lingkungan dan indikator paling sensitive untuk disfungsi sistem persarafan. Pada pasien stroke hemoragik biasanya didapati penurunan kesadaran koma atau spoor.

2) Gerakan, Kekuatan dan kordinasi kelemahan otot merupakan tanda penting gangguan fungsi pada beberapa gangguan neurologis. Perawat melakukan penilaian terhadap kekuatan otot dengan memberikan tahanan pada berbagai otot, dengan menggunakan otot perawat sendiri atau menggunakan gaya gravitasi. Pada pasien stroke hemoragik biasanya didapati gangguan mobilisasi yang di akibatkan dari penurunan kesadaran.

3) Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda klasik dari peningkatan tekanan intra kranial meliputi kenaikan tekanan sistolik dalam hubungan dengan tekanan nadi yang membesar, nadi lemah atau lambat serta pernafasan tidak teratur. Pada stroke hemoragik biasanya didapai tingginya tekanan darah dan frekuensi pernafasan serta didapati nadi yang lemah.

4) Istirahat dan tidur: Kondisi merupakan keadaan klien berupa pola istirahat klien apakah cukup atau tidak, kalau tidak apakah yang menyebabkan klien terganggu dalam istirahatnya.

5) Nutrisi dan cairan: Merupakan frekuensi, dan nafsu makan berkurang atau meningkat, serta tanyakan apakah ada rasa mual atau muntah, kalau iya berapa kali. Didapati pada pasien stroke

hemoragik akan mengalami penurunan berat badan dan berisiko terjadinya defisit nutrisi.

- 6) Pernapasan: pernapasan normal atau ada kelainan. Apakah ada masalah lain seperti batuk atau sesak.
- 7) Eliminasi: Berapa frekuensi dalam BAB dan BAK klien, serta tanyakan apakah terdapat keluhan saat BAB dan BAK.
- 8) Integritas ego: Saat sakit keadaan sering terjadi pada klien biasanya ansietas, takut, stres, yang berhubungan dengan penyakit.
- 9) Sistem integument: Apakah kulit normal atau kering, ataupun adanya ptekie pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin. Mukosa kering atau tidak. Biasanya pada pasien dengan penurunan kesadaran stroke hemoragik didapati kulit akan lebih terasa kering dan mukosa pecah pecah serta mengeluarkan keringat dingin.
- 10) Pemeriksaan fisik: Meliputi kepala sampai mata kaki. Pada stroke hemragik dengan penurunan kesadaran akan menyebabkan risiko terjadinya kerusakan integritas kulit terutama di bagian panggul dan bahu yang disebabkan minimnya mobilisasi fisik yang dilakukan.
- 11) Saraf Kranial
 - a) I Olfaktorius: Saraf kranial I berisi serabut sensorik untuk indra penciuman. Minta pasien untuk pejamkan mata dan letakkan bahan-bahan aromatic dekat hidung untuk diidentifikasi.
 - b) II Optikus: Akuitas visual kasar dinilai dengan meminta pasien membaca tulisan cetak. Kebutuhan akan kacamata sebelum pasien sakit harus diperhatikan.
 - c) III Okulomotorius: Menggerakkan sebagian otot mata
 - d) IV Troklear: Menggerakkan beberapa otot mata
 - e) V Trigeminal: Saraf trigeminal mempunyai 3 bagian: optalmikus, maksilaris, dan madibularis. Bagian sensorik saraf ini mengontrol sensori pada wajah dan kornea. Bagian motorik mengontrol mengunyah. Saraf ini secara parsial dinilai dengan

reflex kornea; jika tidak terdapat masalah pasien akan secara reflex berkedip saat kornea diusap secara halus dengan kapas. Kemampuan untuk mengunyah dan mengatup rahang harus diamati.

- f) VI Abdusen: Saraf cranial ini dinilai bersamaan karena ketiganya mempersarafi otot ekstraokular. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien untuk mengikuti gerak jari pemeriksa ke segala arah.
- g) VII Fasial: Bagian sensorik saraf ini berkenan dengan pengecapan pada dua pertiga anterior lidah. Bagian motorik pada saraf ini mengontrol otot ekspresi wajah.
- h) VIII Akustikus: Saraf ini dibagi menjadi cabang-cabang koklearis dan vestibular, yang secara berurutan mengontrol pendengaran dan keseimbangan. Saraf vestibular mungkin tidak dapat diperiksa secara rutin namun perawat harus waspada terhadap keluhan pusing atau vertigo dari pasien.
- i) IX Glossofaringeal: sensorik: menerima rangsangan dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik: mengendalikan organ-organ dalam.
- j) X Vagus: Saraf kranial ini biasanya dinilai bersama-sama. Saraf glossofaringeus mempersarafi serabut sensorik pada sepertiga lidah sebagian posterior juga uvula dan langit-langit lunak. Serta memperlihatkan respon otonom pada jantung, lambung, paru-paru dan usus halus. Ketidakmampuan untuk batuk yang kuat, kesulitan dalam menelan dan suara serak dapat merupakan tanda-tanda adanya kerusakan pada saraf ini.
- k) XI Asesoris spinal: Saraf ini mengontrol otot-otot sternokleidomastoid dan otot trapezius. Pemeriksa menilai saraf ini dengan meminta pasien untuk mengangkat bahu atau memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain terhadap tahanan, biasanya dibagian kaki dan tangan.

- 1) XII Hipoglossus: Saraf ini mengontrol gerakan lidah. saraf ini dinilai dengan meminta pasien untuk menjulurkan lidah. Nilai adanya deviasi garis tengah, tremor dan atropi. Jika terdapat deviasi sekunder terhadap kerusakan saraf, maka akan mengarah pada sisi yang terjadi lesi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien menurut stroke hemoragik menurut yaitu sebagai berikut: (Senja, 2021b)

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan
- c. Konstipasi
- d. Gangguan mobilitas fisik
- e. Resiko defisit nutrisi
- f. Resiko jatuh
- g. Gangguan komunikasi verbal

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkaji agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi. Adapun intervensi keperawatan pada pasien stroke hemoragik sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan dan Standar Intervensi keperawatan sebagai berikut: (Ningrum, 2022)

Tabel 2.1 Tabel Perencanaan

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Perfusi Serebral klien meningkat(L.02014), dengan kriteria hasil tingkat kesadaran	Pemantauan tekanan intracranial (I.06198) Observasi: 1. Identifikasi peningkatan

	<p>Definisi: Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak</p>	<p>meningkat, gelisah menurun, sakit kepala menuirun, tekanan darah sistolik dan diastolic membaik.</p>	<p>tekanan intracranial</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor peningkatan tekanan darah 3. Pemantauan penurunan tingkat kesadaran <p>Tarapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 2. Berikan periode istirahat antara tindakan dan batasi lamanya procedure <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan procedure pemantauan
2	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0128) Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (memberan mukosa, kornea, fasial, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/ atau ligmen)</p>	<p>Integritas kulit/jaringan klien menurun (L. 14125), dengan kriteria hasil kerusakan lapisan kulit menurun, suhu kulit membaik, perfusi jaringan membaik</p>	<p>Perawatan integritas kulit/jaringan (I.11353) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p>Tarapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Gunakan bahan berbau petrolium atau minyak pada kulit kering 3. Gunakan produk

			<p>berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar
3	<p>Konstipasi (D.0049)</p> <p>Definisi: Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak</p>	<p>Eliminasi Fekal (L. 04033) klien membaik.</p> <p>Dengan kriteria hasil konsistensi feses dari cukup memburuk target menjadi cukup membaik, pristaltik usus dari cukup memburuk target cukup membaik.</p>	<p>Manajemen konstipasi (I.04155)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. periksa pergerakan usus 3. Identifikasi factor resiko konstipasi 4. Anjurkan diet tinggi serat 5. Lakukan masase abdomen, jika perlu 6. Lakukan evakuasi faces secara manual 7. Berikan enema dan irigasi 8. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 9. anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

			<p>10. Latih buang air besar secara teratur</p> <p>11. Kolaborasi obat pencahar, jika perlu</p>
4	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p> <p>Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>klien meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Traupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dan meningkatkan pergerakan melakukan mobilisasi dini <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan procedure ROM pasif pada pasien 2. Anjurkan mengubah posisi setiap 2 jam

			3. Ajarkan ROM pasif
5	<p>Resiko defisit nutrisi (D.0032)</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p>	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>klien membaik, nafsu makan membaik, frekuensi makan membaik, berat badan indeks masa tubuh (IMT) membaik</p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. identifikasi alergi dan intoleransi makan 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan <p>Trapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Berikan suplemen makanan jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan diet yang di program
6	<p>Risiko jatuh (D.0142)</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.</p>	<p>Tingkat jatuh (L.05046)</p> <p>klien menurun, dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. identifikasi faktor

			<p>lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>4. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall morse, scale, humpty dumpty scale)</p> <p>Trapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 2. Pasang handrail tempat tidur <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
7	<p>Gangguan komunikasi verbal (D.0118)</p> <p>Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima, memproses, mengirim,</p>	<p>Komunikasi verbal (L.13118) klien meningkat dengan kriteria hasil kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat</p>	<p>Promosi komunikasi defisit bicara (I.13492)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas dan volume 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)

	<p>dan/atau menggunakan system symbol.</p>		<p>Trapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuaikan gaya komunikasi sesuai dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari tekanan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 2. Berikan terapi vocal AIUEO 3. Ajarkan bicara perlahan 4. Berikan dukungan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
--	--	--	--

Pada klien yang mengalami penurunan kesadaran dan kesulitan dalam melakukan mobilisasi atau gerak tubuh, akan mengalami *bedrest*, pada klien yang mengalami penurunan kesadaran (*bedrest*) terjadi peningkatan risiko gangguan integritas kulit, sehingga penulis melakukan tindakan penerapan alih baring kanan kiri untuk pencegahan luka dekubitus.

4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan secara spesifik. Tujuan dari implementasi akan membantu klien dalam mencapai tujuan yang akan ditetapkan, mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Implementasi keperawatan yaitu tindakan yang akan diterapkan oleh seorang perawat sesuai dengan *standar prosedur operasional (SOP)* (Febiola, 2020).

Dalam implementasi ini penulis melakukan penerapan alih baring kanan kiri terhadap pencegahan luka dekubitus, yaitu dengan cara meminta keluarga klien dalam melakukan tindakan alih baring kanan 2 jam sekali selama 30 menit dan di ganti dengan alih baring kiri 2 jam sekali selama 30 menit dengan cara meminta izin dalam penerapan tersebut ke klien dan keluarga, dalam penerapan alih baring kanan yaitu, menekuk kaki kiri 30° dan tangan perawat/keluarga tangan kanan di again pinggul dan tangan kiri di bahu klien dan bersamaan tarik kearah perawat dengan kemiringan 30° serta sebaliknya alih baring kiri.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi atau penilaian adalah perbandingan yang terencana dan sistematis mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambung dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan.

Dalam penerapan alih baring kanan kiri selama 3 hari di Ruang Fresia 4 Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi dengan tolak ukur keberhasilan didapati kulit klien tidak adanya tanda-tanda peradangan pada kulit seperti kemerahan atau adanya kerusakan pada kulit (luka).

