

BAB II

LANDASAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian

Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti, tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Nurarif Huda, 2016).

Stroke non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Stroke non hemoragik merupakan tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Stroke non hemoragik dapat disebabkan oleh trombosis dan emboli, sekitar 80-85% menderita penyakit stroke non hemoragik dan 20% persennya adalah stroke hemoragik yang dapat disebabkan oleh pendarahan intraserebrum hipertensi dan perdarahan subarachnoid (Praselia, Y., & Susanto, A. 2022; Felinda *et al.*, 2021).

Stroke merupakan penyempitan pada pembuluh darah sehingga aliran darah dan oksigen menuju otak terhambat bahkan terhenti. Penyumbatan tersebut dapat menyebabkan system syaraf maupun global dalam kurun waktu kurang dari 24 jam atau lebih (Suwaryo, 2021 dalam Aisyah, *et al* 2023)

2. Etiologi

Stroke non hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan

terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Stroke non hemoragik terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Sulistiyawati, 2020).

Menurut (Khotimah, 2021) stroke disebabkan oleh beberapa faktor yaitu:

- a. Trombotik merupakan stroke yang terjadi ketika gumpalan darah (trombus) terbentuk disalah satu arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan darah tersebut disebabkan oleh deposit lemak (plak) yang menumpuk di arteri dan menyebabkan aliran darah berkurang (aterisklerosis). Arterisklerosis serebral adalah penyebab umum dari terjadinya stroke yang mana stroke terjadi secara tiba-tiba, kehilangan bicara sementara, hemiplegia atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.
- b. Embolik merupakan stroke yang terjadi ketika gumpalan darah atau debris lainnya menyebar dari otak dan tersapu melalui aliran darah. Jenis gumpalan darah ini disebut embolus. Stroke embolik berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk diluar otak. Sumber utama embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infrakmiokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis dan aorta.
- c. Hemoragik merupakan stroke yang terjadi ketika pembuluh darah di otak bocor atau pecah. Pendarahan otak disebabkan oleh banyak

kondisi yang mempengaruhi pembuluh darah seperti tekanan darah tinggi (hipertensi) yang tidak terkontrol, overtreatment dengan antikoagulan (pengencer darah) dan melemahnya dinding pembuluh darah (aneurisma). Stroke hemoragik dibagi menjadi 2 yaitu perdarahan intraserebral atau pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak di sekitarnya, sehingga merusak sel-sel otak. Perdarahan subaraknoid yang disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak.

- d. Serangan Iskemik Transien (TIA) merupakan periode sementara dari gejala yang mirip dengan gejala stroke. Penurunan sementara pasokan darah ke bagian otak menyebabkan TIA dan biasanya berlangsung kurang lebih 5 menit. Seperti stroke iskemik, TIA terjadi ketika bekuan darah atau debris menghalangi aliran darah ke bagian sistem saraf. Namun pada kasus TIA tidak ada kerusakan jaringan permanen dan tidak ada gejala menetap (Khotimah et al., 2021).

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis SNH menurut (Syaridwan, 2019) sebagai berikut:

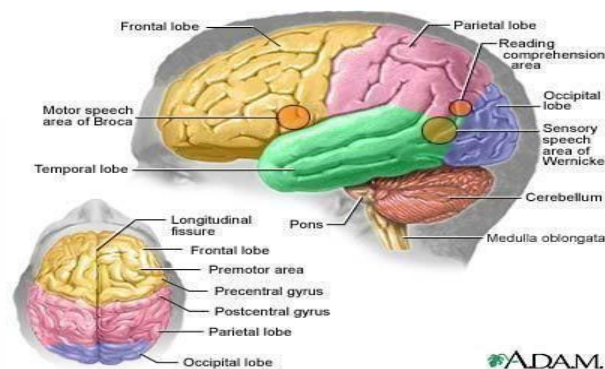
- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Bicara pelo
- d. Gangguan bicara dan bahasa
- e. Gangguan penglihatan
- f. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
- g. Gangguan daya ingat
- h. Nyeri kepala hebat
- i. Vertigo
- j. Kesadaran menurun
- k. Proses kencing terganggu
- l. Gangguan fungsi otak

4. Anatomi dan Fisiologis

a. Otak

Menurut mutaqqin (2011) Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 miliar sel saraf, walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari berat tubuh, 70% oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Berbeda dengan otak dan jaringan lainnya. Otak tidak mampu menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi, otak tergantung dari pasokan aliran darah, yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi. Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu:

- 1) *Otak besar*, Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu lobus frontalis, lonus perientalis, lobus temporalis, dan lobus oksipitalis.
- 2) *Otak kecil*, Terletak dibawah otak besar berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan.
- 3) *Batang otak*, Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakanmata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari, otak tengah, pons dan medula oblongata



Gambar 2.1 Anatomi Otak

b. Saraf kepala

- 1) *Nervus olfaktorius*, saraf pembau yang keluar dari otak dibawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari ronggahidung ke otak.
- 2) *Nervus optikus*, Mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak
- 3) *Nervus okulomotoris*, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- 4) *Nervus troklearis*, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf penggerak mata
- 5) *Nervus trigeminus*, bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang, fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar. Sarafnya yaitu
 - a) *Nervus oltamikus*: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak matadan bola mata.
 - b) *Nervus maksilaris*: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris.
 - c) *Nervus mandibula*: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah. Serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.
- 6) *Nervus abdusen*, sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata
- 7) *Nervus fasialis*, sifatnya majemuk (sensori dan motorik) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.
- 8) *Nervus Vestibulokoklearis*, sifatnya sensori, mensarafi alat

pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengaran

- 9) *Nervus glossofarineus*, sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.
- 10) *Nervus vagus*, sifatnya majemuk (sensoris dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan para simpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. fungsinya sebagai saraf perasa.
- 11) *Nervus asesorius*, saraf ini mensarafi muskulus sternokleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.
- 12) *Nervus hipoglossus*, saraf ini mensarafi otot-otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung.

5. Patofisiologis

Bagian tubuh yang sangat sensitif oksigen dan glukosa adalah otak. Karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari berat badan, namun hanya menggunakan sekitar 25% suplay oksigen dan 70% glukosa. Jika aliran darah ke otak terhambat maka akan terjadi iskemia dan terjadi gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Penyumbatan pada otak disebabkan oleh okolusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60 sampai 90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk didaerah sirkulasi dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi

didalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak dapat pula mengganggu sirkulasi darah ke otak. Oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi infeksi sepsi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisme pecah atau ruptur.

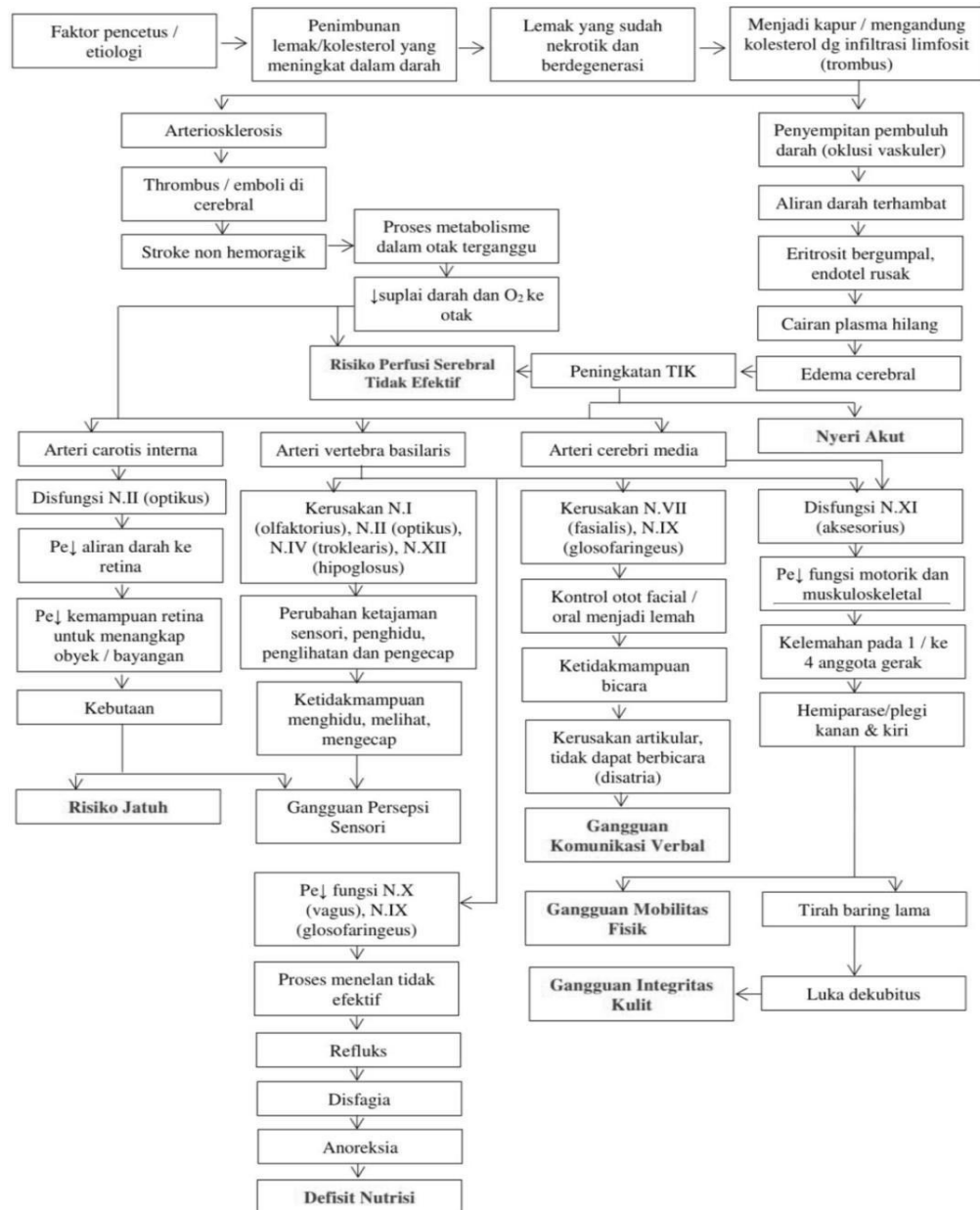
Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit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

Faktor yang mempengaruhi aliran darah ke otak:

- a. Keadaan pembuluh darah.
- b. Keadaan darah: viskositas darah meningkat, hematokrit meningkat, aliran darah ke otak menjadi lebih lambat, anemia berat, oksigenasi ke otak menjadi menurun.
- c. Tekanan darah sistemik memegang peranan perfusi otak. Autoregulasi otak yaitu kemampuan intrinsik pembuluh darah otak untuk mengatur agar pembuluh darah otak tetap konstan walaupun ada perubahan tekanan perfusi otak.
- d. Kelainan jantung menyebabkan menurunnya curah jantung dan karena lepasnya embolus sehingga menimbulkan iskemia otak. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (Hypoksia karena gangguan paru dan jantung). Arterosklerosis

sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti trombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya cardiac arrest

6. Pathway Stroke Non Hemoragik



Sumber: (Nurarif Huda, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).

Gambar 2. 2 Pathway Stroke Non Hemoragik

7. Komplikasi

Komplikasi stroke menurut (A.D Rahmawati, 2022) meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak. Komplikasi pada pasien stroke menurut (Sulistiyawati, 2020) yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

a. Bekuan darah (Trombosis)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

b. Dekubitus

Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruhi dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.

c. Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

d. Atrofi dan kekakuan sendi (kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

e. Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

8. Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi pasien stroke dilakukan mengurangi kerusakan neurologis lebih lanjut, mengurangi mortalitas dan imobilitas, dan mencegah stroke berulang (Boehme et al., 2017). Pada prinsip pengobatan penderita stroke dilakukan secara cepat dan tepat yaitu dengan tindakan awal membawa ke rumah sakit dan menurut Ummaroh, (2019) Penanganan stroke ditentukan oleh penyebab stroke dan dapat berupa terapi farmasi, radiologi intervensional, atau pun pembedahan.

a. Berikut penatalaksanaan secara farmakologi sebagai berikut:

- 1) Vasodilator untuk melebarkan pembuluh darah guna menurunkan tekanan darah pada pasien stroke
- 2) Obat histamin, aminoprotein, acetazolamide, papaverine dapat diberikan secara intravena
- 3) Antiplatelet

Salah satu terapi yang digunakan untuk penyakit stroke iskemik yaitu obat antiplatelet. Antiplatelet adalah obat yang banyak digunakan untuk mencegah aktivitas platelet dan agregasi, menghambat pembentukan thrombus arteri yang dapat berkontribusi pada perkembangan infark miokard dan stroke. Antiplatelet dapat diresepkan, pengobatan ini pasien stroke iskemik dengan agen antiplatelet dalam waktu 48 jam setelah stroke dapat mengurangi risiko kematian, mengurangi tingkat kerusakan otak yang disebabkan oleh stroke tersebut dan kejadian stroke iskemik berulang sebesar 25 persen. Antiplatelet yang biasa digunakan seperti aspirin, klopidothrombol, tiklopidin, atau dipiridamol. Secara garis besar, obat-obat ini bekerja dengan sistem yang sama yaitu sebagai antiagregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.

- 4) Antikoagulan

Meskipun penggunaannya telah luas, masih ada perdebatan mengenai kegunaan antikoagulan dalam kegawatdaruratan. Ada

ketidaksepakatan mengenai obat yang terbaik untuk diberikan, jalur pemberian, penggunaan dosis bolus untuk memulai terapi, kadar koagulasi yang diperlukan, dan durasi terapi. Antikoagulan sering pada pasien dengan stroke baru dalam upaya untuk obat pencegah penggumpalan darah di pembuluh darah (Gofir, 2020).

b. Berikut penatalaksanaan secara non farmakologi sebagai berikut:

1) Fisioterapi

Rehabilitasi stroke yang dititikberatkan pada fisik dinamakan fisioterapi. Pada kegiatan rehabilitasi ini seperti mereka diajarkan Kembali bagaimana berbicara, berpakaian, dan belajar gerakan dasar motorik seperti melakukan ROM pasif maupun aktif. Salah satu ROM aktif yaitu terapi menggenggam bola karet (Ciesla, 2019).

2) Hipnoterapi

Hipnoterapi sebagai pendamping dalam pengobatan non-farmakologi. Hipnoterapi adalah terapi yang bertujuan untuk mengurangi tingkat depresi, kecemasan dan stress melalui sistem ketenangan otak manusia, sehingga otak mendapat respon positif. Mekanisme kerja hipnoterapi adalah produksi hormon dopamin dan serotonin. Hormon ini meningkat saat seseorang telah berada pada kondisi hipnosis. Tujuan diberikan sugesti kepada seseorang adalah agar hormon dopamin dan serotonin mempengaruhi fungsi saraf pada tubuh seseorang (L. M. Sari & Rafdinal, 2019).

3) Aromaterapi

Penderita stroke dapat melakukan pengobatan aromaterapi yaitu suatu metode meminimalkan dampak stress. Pada metode ini dilakukan pemijatan menggunakan minyak essensial. Selain itu minyak ini juga digunakan saat merendam, dapat dipakai dengan cara dihirup, dan dioleskan. Kegunaan aromaterapi memungkinkan minyak yang digunakan masuk ke dalam kulit

sehingga semua jaringan tubuh menjadi relaksasi dan dapat terhindari dari stress (Pamungkas & Dewi, 2020).

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018):

a. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / nuptur.

b. Elektro encefalography

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

c. Sinar x tengkorak

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

d. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.

e. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

f. Magnetic Resonance Imagine (MRI)

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

g. Pemeriksaan foto thorax

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

daerah berlawanan dari massa yang meluas.

h. Pemeriksaan laboratorium

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

Stroke merupakan penyakit dengan risiko komplikasi medis yang tinggi, sistem saraf pusat rusak pada tahap awal stroke, dan defisit kognitif, fungsional, dan sensorik sering terjadi. Secara umum, pasien pasca stroke memiliki penyakit penyerta yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi pada minggu pertama stroke. Pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi setelah stroke menjadi pertimbangan penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi secara langsung akibat stroke, imobilisasi atau pengobatan stroke. Hal ini berdampak signifikan pada luaran pasien stroke, sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan memperpanjang masa tinggal di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia dan depresi merupakan komplikasi yang sangat umum pada pasien stroke (Mutiarasari, 2019).

Dampak yang timbul pasca stroke menurut Fitriani (2021) dapat menimbulkan beberapa perubahan berupa perubahan fisik, sosial, maupun psikologi.

a. Perubahan fisik

Perubahan fisik yang terjadi antara lain hilangnya fungsi motorik yaitu kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, ketidakmampuan berjalan tanpa bantuan, gangguan refleks tendon, kesulitan menelan, ketidakmampuan menginterpretasikan emosi, penurunan fungsi penglihatan, dan perubahan dalam mengatasi kebutuhan aktivitas sehari-hari.

b. Perubahan sosial

Salah satu efek sosial yang diamati pada pasien setelah stroke adalah masalah komunikasi, termasuk kesulitan bicara, bicara cadel, ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya. Sisa gejala fungsional pada pasien pasca stroke menyebabkan perubahan penampilan, perubahan peran, dan keterbatasan partisipasi dalam masyarakat dan penurunan aktivitas sosial.

c. Perubahan psikologis

Efek psikologis dan gangguan fungsi kognitif ketika pasien menunjukkan gejala rentang perhatian yang terbatas, kesulitan memahami, pelupa, depresi, kecemasan dan kurangnya motivasi sehingga pasien mengalami frustrasi dalam perawatan penyembuhan.

B. Konsep Dasar Menggenggam Bola Karet

1. Pengertian Latihan Menggenggam Bola Karet

Terapi menggenggam bola karet merupakan salah satu terapi ROM aktif yaitu gerakan yang dilakukan secara mandiri dengan energinya sendiri. Pada penderita stroke non hemoragik menggunakan terapi dengan media bola karet berbentuk bulat, bergerigi dengan sifat elastis, dapat ditekan dengan kekuatan minimal selama 15 menit pada pagi dan sore hari selama 5 hari. Terapi menggenggam bola karet dapat memberikan rangsangan serat-serat otot khususnya jari-jari tangan untuk dapat

bergerak dengan cara latihan menggenggam dan meremas untuk menstimulasi gerak tangan membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot. Terapi menggenggam akan melatih otot-otot sehingga terjadi rangsangan serat-serat otot untuk berkontraksi menaikkan *temperature* otot, menaikkan kekuatan otot dan menaikkan produksi asam laktat (Saputra *et al.*, 2022)



Gambar 2.3 Bola Karet

2. Tujuan Menggenggam Bola Karet

Terapi menggenggam bola karet merupakan salah satu terapi komplementer bertujuan untuk membantu meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas dengan latihan ROM aktif menggenggam bola karet yaitu melatih fungsi tangan secara optimal gerak jari tangan mengepal atau menggenggam dengan rapat sehingga dapat menggerakkan otot-otot dan membantu merangsang kemampuan otak untuk mengontrol otot (Putri *et al.*, 2023).

3. Jenis Media Yang Digunakan

Jenis media yang digunakan pada penelitian ini merupakan bola karet berbentuk bulat, bergerigi dengan sifat elastis, dapat ditekan dengan kekuatan maksimal. Terapi menggenggam dapat bermanfaat dalam merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi sehingga dapat menaikkan *temperature* otot, kekuatan otot dan asam laktat (Kusuma *et al.*, 2022).

4. Prinsip Dasar Menggenggam Bola Karet

Terapi Menggenggam Bola Karet dapat dilakukan selama 2 kali pagi dan sore hari dalam 5 hari dan 15 menit secara terkontrol untuk mencapai

yang optimal. Setelah hari ke 7 dilakukan pengukuran kekuatan otot kembali dengan menggunakan *Manual Muscle Testing* (MMT) atau tabel pedoman kekuatan otot. Menggenggam bola karet merupakan pilihan terapi yang efisien dengan menggunakan bola karet yang elastis dan memiliki manfaat yang baik untuk kesehatan apabila dilakukan secara teratur dengan tetap memperhatikan keselamatan diri, seperti tidak memaksakan diri apabila kelelahan, nyeri otot berlebihan. Terapi dengan menggenggam bola karet ini dapat bermanfaat untuk meningkatkan kekuatan otot, memulihkan kontrol otak dalam penurunan stres.

5. Indikasi Terapi Menggenggam Bola Karet

Menurut Ramadhanti K. & Waliyanti (2023) indikasi terapi menggenggam bola karet yaitu :

- a. klien yang menderita stroke yang mengalami hemiparese pada ekstremitas kanan atau kiri dengan kekuatan otot 2 sampai 4
- b. Klien yang dapat melakukan kontraksi baik dengan bantuan atau mandiri.

6. Kontraindikasi Terapi Menggenggam Bola Karet

Kontra indikasi Terapi menggenggam bola karet yaitu:

- a. Terapi dapat mengganggu penyembuhan penyembuhan Pasien
- b. Pasien post operasi arteri koronaria dan komplikasi infark miokard

7. Langkah - Langkah Terapi Menggenggam Bola Karet

Terapi menggenggam bola karet merupakan ROM ekstremitas atas yang dilakukan dengan 4 kali pengulangan 5 detik setiap gerakan selama 15 menit dengan istirahat 2 menit setiap sesi Syahrim *et al.*, (2019).

Berikut langkah – langkah (Ramadhanti K. & Wiliyanti ,2023), ialah:

- a. Membaca doa sebelum melakukan terapi
- b. Posisikan pasien nyaman mungkin

- c. Sebelum melakukan terapi baiknya dianjurkan pasien untuk pemanasan berupa menggerakkan siku mendekati lengan atas (fleksi), meluruskan kembali lengan atas (ekstensi).



- d. Gerakan fleksi dan ekstensi. Masukkan jari-jari pada bola, pegang bola di telapak tangan. Gerakan menggenggam bola di telapak tangan tahan dan membuka genggaman lalu rileks. Ulangi kembali.



- e. Gerakan abduksi dan adduksi. Pegang bola di telapak tangan. Balikkan tangan sehingga menghadap ke bawah. Meregangkan jari-jari tangan (abduksi) dan merapatkan kembali jari-jari tangan (adduksi).



- f. Gerakan oposisi. Tempatkan bola di telapak tangan. Rapatkan ibu jari ke bola di telapak tangan. Pegang dan rilekskan tangan.



- g. Letakkan bola di telapak tangan dengan jari ditekan ke dalam bola.
Gerakan menggenggam bola tahan lalu rileks



Gambar 2.4 Terapi Menggenggam Bola Karet

C. Konsep Kekuatan Otot

1. Pengertian Kekuatan Otot

Secara umum, kekuatan otot didefinisikan sebagai suatu kemampuan otot atau sekelompok otot bertujuan agar mampu mengatasi maupun menahan beban. Kekuatan secara fisiologis merupakan kemampuan dari neomuskuler untuk mengatasi atau menahan beban dari luar maupun dari dalam Febrihan & Rosyida (2019). Kekuatan otot akan terlihat melalui kontraksi pada serabut otot bergaris (otot sadar) yang akan berlangsung secara singkat dan setiap melakukan kontraksi terjadi atas adanya atau menerima rangsangan tunggal dari syaraf (Faridah *et al.*, 2018).

2. Alat Pengukuran Kekuatan Otot

Melihat Faridah *et al.* (2018) para pasien yang merasa lemah dan merasa tidak bertenaga akan dilakukan suatu pengukuran kekuatan otot dengan memakai skor ataupun skor yang disebut dengan *Manual Muscle Testing* (MMT) dengan rentang 0-5. Adapun keterangan di setiap skor yaitu (Daeli *et al.*, 2018):

- a. Skor 0: otot tidak ada pergerakan, tidak ada kontraksi atau lumpuh total.
- b. Skor 1: adanya sedikit kontraksi otot, namun didapatkan gerakan pada persendian yang harus digerakkan oleh otot tersebut.
- c. Skor 2: didapatkan gerakan, tetapi gerakan ini tidak dapat melawan gravitasi, dapat melakukan gerakan horizontal, dalam satu bidang sendi.

- d. Skor 3: gerakan otot dapat melawan gravitasi, tetapi tidak kuat.
- e. Skor 4: gerakan otot dapat melawan gravitasi dan tahanan ringan.
- f. Skor 5: bebas bergerak, tidak ada kelumpuhan otot atau otot normal.

Pemeriksaan kekuatan otot ekstremitas atas terdiri atas daerah bahu, siku, pergelangan tangan, dan telapak tangan (jari-jari tangan). Sedangkan ekstremitas bawah terdiri dari daerah panggul, lutut, pergelangan kaki, dan telapak kaki (jari-jari kaki).

3. Faktor Yang Mempengaruhi Kekuatan Otot

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kekuatan otot antara lain sebagai berikut:

a. Usia

Salah satu faktor yang mempengaruhi kekuatan otot yaitu usia. Seiring bertambahnya usia maka akan terdapat penurunan fisik seperti penurunan kekuatan otot. Penurunan kekuatan otot akan dimulai pada umur 40 tahun, proses penurunan kekuatan otot akan semakin cepat seiring dengan keadaan usia lanjut. Peneliti dari Columbia University Medical Center menyebarkan bahwa menurunnya kekuatan otot terjadi akibat adanya kebocoran kalsium dari kelompok protein dalam sel otot (Zahro *et al.*, 2021)

b. Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin akan memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kekuatan otot. Hal tersebut dikarenakan perempuan memiliki kekuatan otot lebih rendah dua per tiga dibandingkan kekuatan otot laki-laki, sehingga kapasitas otot perempuan lebih kecil (Zahro *et al.*, 2021)

c. Aktivitas atau pekerja

Aktivitas fisik sehari-hari atau pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang berhubungan erat dengan kekuatan otot. Seiring bertambahnya usia, aktivitas fisik mulai menurun. Lansia yang tidak

aktif akan mengalami penurunan kekuatan otot yang lebih cepat dibandingkan lansia yang masih aktif (Noviyanti, 2018).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Hal-hal yang perlu dikaji antara lain :

- 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 (Ummaroh, 2019).
- b. 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 (Ummaroh, 2019).
- c. 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 (Ummaroh, 2019).
- d. 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 (Ummaroh, 2019).

- e. Riwayat penyakit keluarga Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Ummaroh, 2019).
- f. Pengkajian psikososiospiritual Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien (Ummaroh, 2019).
- g. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat (Ummaroh, 2019).
- h. Pemeriksaan Fisik (Rahmayanti, 2021):
 - 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 compos mentis dengan GCS 13-15.
 - 2) Tanda-tanda Vital : 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.

- 3) Nadi : Nadi biasanya normal 60-100 x/menit
- 4) Pernafasan : Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas.
- 5) Suhu : Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik
- 6) Rambut : Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik
- 7) 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, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.
- 8) Mata : Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopakmata tidak oedema. Pada pemeriksaannervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90°, 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.
- 9) Hidung : Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bauyang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda danpada nervus VIII

(vetibulokoklearis): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan – hidung.

- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) Leher : Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).
- 13) 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
- 14) Jantung Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat Palpasi : biasanya iktus kordis teraba Perkusi : biasanya batas jantung normal Auskultasi : biasanya suara vesikuler
- 15) 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.

16) Ekstremitas : Atas Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra. Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya 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 dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika di beri reflek (reflek Hoffman tromner (+)). 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 apaapa (reflek Gordon (+)). Pada saat dilakukan treflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+)).

i. 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 terjadikelemahan umum, gangguan pengelihatatan, gangguan tingkat kesadaran (Rahmayanti, 2021).

j. Sirkulasi

Gejala : adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural. Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia (Rahmayanti, 2021).

k. 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 (Rahmayanti, 2021).

l. Eliminasi

Gejala : terjadi perubahan pola berkemih. Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negative (Rahmayanti, 2021).

m. 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 (Rahmayanti, 2021).

n. Neurosensori

Gejala : sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, penglihatan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman. Tanda : status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kognitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang. (Rahmayanti, 2021).

o. Kenyamanan atau Nyeri

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda. Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot (Rahmayanti, 2021).

2. Diagnosa 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, 2017).

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme.
- b. Gangguan menelan berhubungan dengan fungsi neurus VII, IX menurun.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
- f. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan
- g. Defisit perawatan diri ganngguan neuromuskuler
- h. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan hipoksia serebral
- i. Inkontinensia fekal berhubungan dengan kerusakan susunan saraf motoric bawah
- j. Inkontinensia urin fungsional berhubungan dengan ketidak mampuanatau penurunan mengenali tanda tanda berkemih
- k. Gangguan memori gangguan sirkulasi ke otak

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan langkah selanjutnya setelah ditegakkannya diagnosis keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Penyusunan intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan diagnosis keperawatan hipertermia dapat dijabarkan sebagai berikut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

Tabel 2.1 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

| No | Diagnosa | Tujuan & Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
|----|--------------------------------------|--|--|---|
| 1 | Resiko perfusi serebraltidak efektif | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Tekanan aarteri rata rata <100 4. Tekanan darah sistol < 140 mmHg 5. Tenan darah Diastol <90 mmHg | <p>Manajemen Peningkatan Intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pernapasan 11. Monitor intake dan outputcairan 12. Monitor cairan serebro-spinalis(mis. Warna, konsistensi) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 14. Berikan posisi semi fowler 15. Hindari maneuver Valsava 16. Cegah terjadinya kejang 17. Hindari penggunaan PEEP 18. Hindari pemberian cairan IVhipotonik 19. Atur ventilator agar PaCO2optimal 20. Pertahankan suhu tubuh | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab klien mengalami peningkatan tik 2. Mengetahui tanda da gejala yang dialami klien 3. Mengetahui perkembangan klien 4. Mengetahui perkembangan MAP 5. Mengetahui perkembangan CVP klien 5. Mengetahui perkembangan PAWP klien 6. Mengetahui perkembangan PAP klien 7. Untuk memantau perkembangan ICP 8. Mengetahui perkembangan CPP klien 9. Mengetahui perkembangan gelombang ICP klien 10. Untuk mengetahui pernapasan klien 11. Mengetahui keluaran dan masukan cairan klien 12. Mengetahui perkembangan cairan klien 13. Agar klien merasa nyaman 14. Memperlancar jalan pernapasan klien |

| | | | | |
|---|----------------------|--|---|--|
| | | | <p>normal</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi pemberian diureticosis, jika perlu</p> | <p>15. Mengurangi tekanan intracranial</p> <p>16. Untuk menghindari komplikasi lanjut</p> <p>17. Agar PaCO₂ klien optimal</p> <p>18. Agar klien tidak mengalami kejang</p> <p>19. Mengoptimalkan pertukaran gas klien</p> <p>20. Menghindari terjadinya kejang</p> <p>21. Untuk mengurangi cairan dalam tubuh klien.</p> |
| 2 | Inkontinensial fekal | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama jam diharapkan kontinensia fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mengontrol pengeluaran feses 2. Kemampuan menunda pengeluaran feses membaik 3. Frekuensi BAB membaik | <p>Perawatan Inkontinensia Fekal</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab inkontinensia fekal baik fisik maupun psikologis 2. Identifikasi perubahan frekuensi defekasi dan konsistensi feses 3. Monitor kondisi kulit perianal 4. Monitor keadekuatan evakuasi feses <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Bersihkan daerah perianal dengan sabun dan air 6. Jaga kebersihan tempat tidur dan pakaian 7. Laksanakan program bowel training 8. Jadwalkan BAB di tempat tidur, jika perlu 9. Berikan celana pelindung/pembalut/popok, sesuai kebutuhan 10. Hindari makanan yang menyebabkan diare <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia fekal 12. Anjurkan mencatat karakteristik feses | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab inkontinensia fekal dan penanganan yang bisa diterapkan 2. Untuk mengetahui kelainan pengeluaran feses 3. Mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit 4. Agar dapat meningkatkan kemampuan menunda pengeluaran feses 5. Untuk menjaga personal hygiene klien 6. Agar klien tetap bersih dan nyaman 7. Untuk meningkatkan kemampuan mengontrol pengeluaran feses 8. Untuk meningkatkan kemampuan mengontrol pengeluaran feses 9. Untuk menjaga kebersihan klien 10. Untuk menjaga normalitas frekuensi BAB klien 11. Agar klien memahami masalah inkontinensia fekal yang dimilikinya |

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|---|
| | | | | 12. Untuk memantau perubahan frekuensi BAB |
| 3 | Inkontinensia Urin Fungsional | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama Jam diharapkan kontinensia urin membaik, dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mengontrol urin meningkat 2. Nokturia menurun 3. Residu volume Urine setelah berkemih menurun 4. Dribbling menurun 5. Hesistancy menurun 6. Enuresis menurun 7. Kemampuan menunda pengeluaran urin membaik 8. Frekuensi berkemih membaik 9. Sensasi berkemih membaik | Perawatan Inkontinensia Urin Observasi 1. Identifikasi penyebab inkontinensia urin 2. Identifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urin yang dialaminya Terapeutik 3. Bersihkan daerah genital dan kulit sekitar secara rutin 4. Berikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia 5. Buat jadwal konsumsi obat-obat diuretik Edukasi 6. Jelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urin 7. Jelaskan program penanganan inkontinensia urin 8. Jelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih 9. Anjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur 10. Anjurkan minum minimal 1500 cc/hari, jika tidak ada kontraindikasi | 1. Untuk mengetahui penyebab inkontinensia urin 2. Agar bisa mengetahui apakah psikologis klien akan mempengaruhi 3. Untuk menjaga personal hygiene klien 4. Agar meningkatkan kepercayaan diri klien 5. Salah satu cara pendukung toilet training 6. Agar klien dan keluarga mampu mengenali masalah kesehatan yang ada 7. Agar dapat meningkatkan kemampuan menunda pengeluaran urin 8. Agar klien nyaman saat melakukan eliminasi urin 9. Untuk mengurangi frekuensi nokturia 10. Untuk mencukupi kebutuhan |

| | | | | |
|---|-----------------------------|---|--|---|
| | | | | cairan klien, Untuk mengurangi frekuensi pengeluarn urin klien |
| 4 | Gangguan mobilitas fisik | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ektremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Keadaan umum baik 4. <i>Activities daily Living</i> dapat dilakukan dengan bantuan minimal atau mandiri dengan nilai Barthel Index ≥60 | Dukung Mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri ataukeluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulaimobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantupasien dalam meningkatkan ambulasi 8. Penerapan Bobath Consept Edukasi 9. Jelaskan tujuan dan prosedur mobiliasi 10. Anjurkan melakukan mobiliasi dini 11. Ajarkan mobiliasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) | 1. Untuk mengetahui keterbatasan gerak klien 2. Untuk mengetahui sejauhmana pasien bisa mandiri 3. Untuk mengetahui intoleransi aktivitas klien 4. Untuk mengetahui kemampuan mobiliasi klien 5. Agar klien meningkatkan anmobilitas fisik klien 6. Untuk membantu rentang gerak klien 7. Agar klien merasa lebih nyaman 8. Untuk membantu mobilisasi klien dan dapat memenuhi ADL 9. Agar klien dan keluarga paham dengan tindakan yang akan dilakukan 10. Untuk meningkatkan mobilitasklien 11. Untuk membantu mobilisasiklien |

| | | | | |
|----|------------|--|---|--|
| 5. | Nyeri Akut | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka diharapkan Tingkat nyeri pasien menurun, dengan kriteria hasil : Tingkat Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri berkurang dengan skala 2 2. Pasien tidak mengeluh nyeri 3. Pasien tampak tenang 4. Pasien dapat tidur dengan tenang 5. Frekuensi nadi dalam batas normal (60-100 x/menit) 6. Tekanan darah dalam batas normal (90/60 mmHg – 120/80 mmHg) 7. RR dalam batas normal (16-20x/mnt) | <p>Manajemen nyeri observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Pertimbangkan jenis | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui nyeri yang dirasakan 2. Untuk mengetahui skala nyeri pasien 3. Untuk mengetahui nyeri pasien 4. Untuk mengetahui factor yang mempengaruhi nyeri 5. Untuk mengetahui pemahaman pasien 6. Untuk mengetahui respon nyeri 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri 8. Untuk mengetahui keberhasilan terapi non farmakologis yang diberikan 9. Agar apabila terjadi efek samping dapat ditangani 10. Untuk mengurangi rasa nyeri pasien tanpa obat-obatan 11. Untuk membantu meringankan rasa nyeri 12. Agar strategi peredaan nyeri dapat terlaksana dengan tepat |
|----|------------|--|---|--|

| | | | | |
|---|----------------------------|--|--|---|
| | | | <p>dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 14. Jelaskan strategi meredakan nyeri 15. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 16. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 17. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. pemberian analgetik, jika perlu | <ol style="list-style-type: none"> 13. Agar pasien paham dengan nyeri yang dirasakan 14. Agar pasien bisa menurunkan rasa nyeri dengan sendiri 15. Agar pasien paham apabila terasa nyeri dirasakan 16. Untuk meminimalisir efek samping 17. Memandirikan pasien dalam penurunan rasa nyeri 18. Menurunkan rasa nyeri pasien |
| 6 | Gangguan Komunikasi Verbal | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka diharapkan komunikasi verbal pasien meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <p>Komunikasi Verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengucapkan kata dan bisa dipahami 2. Bisa mendengar lawan bicara 3. Ekspresi yang ditunjukkan sesuai | <p>Promosi Komunikasi: Defisit Bicara</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui perkembangan kemampuan bicara klien 2. Untuk mengetahui peningkatan komunikasi verbal klien 3. Agar bisa menguatkan pasien untuk tidak menyerah dalam terapi yang diberikan 4. Untuk memaksimalkan kemampuan peningkatan komunikasi verbal klien 5. Untuk membantu perkembangan komunikasi pada tahap awal 6. Agar bisa membangun hubungan saling percaya yang dapat meningkatkan kemampuan pasien berbicara |

| | | | | |
|----|--------------|--|---|--|
| | | | <p>6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan 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)</p> <p>7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>8. Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>9. Berikan dukungan psikologis</p> <p>10. Gunakan juru bicara, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p> | <p>7. Agar klien bisa mandiri</p> <p>8. Untuk mengkonfirmasi kemampuan bicara klien</p> <p>9. Agar klien tidak memiliki masalah psikososial</p> <p>10. Untuk mempermudah dalam komunikasi dengan pasien</p> <p>11. Agar klien tidak terburu-buru dan berproses</p> <p>12. Untuk meningkatkan kemampuan verbal klien</p> <p>13. Untuk membantu memaksimalkan kemampuan bicara klien</p> |
| 7. | Risiko Jatuh | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka diharapkan Tingkat jatuh pasien menurun, dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun | <p>Manajemen Keselamatan Lingkungan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis: kondisi fisik, fungsi kognitif, dan Riwayat perilaku) 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui pemenuhan keselamatan yang bisa diberikan 2. Agar dapat mengetahui perubahan Tingkat jatuh pasien 3. Untuk meminimalisir cedera pada klien 4. Agar keselamatan klien terjaga 5. Untuk membantu klien dalam beraktivitas dan menurunkan tingkat jatuh |

| | | | | |
|---|------------------|---|---|--|
| | | <p>4. Jatuh saat berjalan menurun</p> | <p>4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko</p> <p>5. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis: commode chair dan pegangan tangan)</p> <p>6. Gunakan perangkat pelindung (mis: pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)</p> <p>7. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis: puskesmas, polisi, damkar)</p> <p>8. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman</p> <p>9. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis: timbal)</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Ajarkan individu, keluarga, dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan</p> | <p>6. Untuk meningkatkan keselamatan klien</p> <p>7. Untuk memenuhi kebutuhan keselamatan klien</p> <p>8. Agar Tingkat jatuh klien menurun</p> <p>9. Untuk meningkatkan keselamatan klien</p> <p>10. Agar Tingkat resiko menurun</p> |
| 8 | Gangguan menelan | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... jam diharapkan Status menelan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan bisa ditelan dan tidak keluar 2. Reflek menelan ada 3. Ada usaha menelan 4. Makanan tidak bersisa banyak dimulut 5. Tidak tersedak 6. Tidak mengiler | <p>Dukungan perawatan diri: makan/minum</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Letakkan makanan di sisi matayang sehat 8. Sediakan sedotan untuk minum, | <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pemenuhan nutrisi tetap terkontrol 2. untuk mengetahui kemampuan menelan klien 3. agar kecukupan hidrasi klien terkontrol 4. untuk meningkatkan nafsu makan klien 5. Untuk membantu peningkatan menelan klien 6. Untuk meningkatkan nafsu makan klien 7. Agar menarik perhatian klien 8. Agar |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| | | | <p>sesuai kebutuhan</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 11. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu 12. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi | <p>mempermudah klien untuk menelan</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Untuk meningkatkan nafsu makan klien 10. Agar nafsu makan klien meningkat 11. Agar klien bisa menelan dan cakupan makan minum terpenuhi 12. Agar klien terbiasa dan mengatur keseharian klien 13. Untuk membantu memandirikan klien untuk makan 14. Untuk membantu peningkatan nafsu makan dan kemampuan makan klien |
| 9 | <p>Defisit Perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BAB/BAK 2. Berhias 3. Berpakaian 4. Makan/minum 5. Mandi | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... jam diharapkan Perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan Mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan | <p>Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia 2. Monitor integritas kulit pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 4. Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten 5. Jaga privasi selama eliminasi 6. Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan 7. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika | <p>Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kebiasaan BAB/BAK klien 2. Agar menghindari kerusakan integritas kulit 3. Agar mempermudah eliminasi klien 4. Untuk meningkatkan kemampuan BAB dan BAK klien 5. Agar klien merasa nyaman 6. Menjaga kebersihan klien |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>6. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p> | <p>perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu</p> <p>Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian dan Berhias</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau 3. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu 5. Fasilitasi berhias (mis: menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) 6. Jaga privasi selama berpakaian 7. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu 9. Ajarkan menggunakan pakaian, jika perlu <p>Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu | <ol style="list-style-type: none"> 7. Untuk meningkatkan kemampuan klien mengontrol BAB/BAK 8. Untuk membiasakan klien BAB di toilet <p>Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian dan Berhias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar klien merasa nyaman saat dilakukan dukungan perawatan diri berpakaian dan berhias 2. Untuk memudahkan klien 3. Agar klien nyaman saat ingin berganti pakaian 4. Agar memudahkan klien mengenakan pakaian 5. Membantu klien dalam berhias 6. Agar klien menyara aman dan nyaman 7. Agar klien termotivasi untuk melakukannya secara mandiri 8. Agar klien tahu pakaian yang bisa digunakan 9. Untuk membantu klien berpakaian <p>Dukungan Perawatan diri: Makan/minum:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar cakupan nutrisi klien terpenuhi 2. Untuk memberikan jenis makanan |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|----|-----------------|--|---|---|
| | | | <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 8. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 9. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 11. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu 12. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia | <p>yang sesuai</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Agar dapat mengetahui cukupan carian klien 4. Untuk meningkatkan nafsumakan klien 5. Agar klien mau untuk makan 6. Untuk menurunkan rasa mual 7. Agar klien dapat melihat makanan yang disajikan sebagai bentuk peningkatan nafsu makan 8. Agar memudahkan klien untuk minum 9. Agar nafsu makan klien meningkat 10. Untuk meningkatkan minat makan klien 11. Untuk membantu klien makan 12. Untuk membangun kebiasaan klien |
| 10 | Gangguan Memori | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... jam diharapkan memori meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kemampuan mempelajari hal baru meningkat 2. Verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual | <p>Latihan Memori Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah memori yang dialami 2. Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien 4. Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, jika perlu 5. Fasilitasi mengingat Kembali pengalaman masa lalu, jika perlu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui permasalahan memori yang dialami klien 2. Agar dapat melihat perkembangan pada klien 3. Agar goals yang direncanakan realistis dan tercapai 4. Untuk membantu penguatan memori klien 5. Untuk meningkatkan kemampuan mengingat klien 6. Agar klien bisa membiasakan diri |

| | | | | |
|----|---------------------------|---|--|--|
| | | <p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan meningkat 4. Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat 5. Verbalisasi pengalaman lupa menurun | <ol style="list-style-type: none"> 6. Fasilitasi tugas pembelajaran (mis: mengingat informasi verbal dangambar) 7. Fasilitasi kemampuan konsentrasi (mis: bermain kartu pasangan), jika perlu 8. Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (mis: bertanya ke mana saja ia pergiakhir-akhir ini), jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Jelaskan tujuan dan prosedurLatihan | <p>untuk mengingat perilaku baru</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Agar klien bisa mengingat informasi terbaru atau tindakan terbaru 8. Agar dapat meningkatkan kemampuan mengingat klien 9. Agar klien dan keluarga dapat mengetahui dan bisa menerapkan latihan yang diberikan |
| 11 | Gangguan persepsi sensori | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... jam diharapkan fungsi sensori membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bisa mendengar suara 2. Ketajaman penglihatan meningkat 3. Bisa membedakan bau 4. Bisa membedakan rasa | <p>Meminimalisasi Rangsangan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa status mental, statussensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Diskusikan tingkat toleransiterhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) 3. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) 4. jadwalkan aktifitas harian dan waktu istirahat 5. Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi dalam meminimalkan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Unruk mengetahui kemampuan dan persepsi sensori yang ada 2. Untuk meminimalisir rangsangan lingkungan 3. Agar klien merasa nyaman 4. Untuk memenuhi kebutuhan istirahat-tidur klien 5. Untuk memenuhi kebutuhanklien 6. Agar klien merasa nyaman 7. Agar ada peningkatan fungsisenori 8. Untuk meningkatkan fungsi sensori |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | prosedur/tindakan 8. kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus | |
|--|--|--|---|--|

4. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (Tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, tehnik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.